

**CARACTERIZACIÓN SOCIAL, FAMILIAR Y DE SALUD DE LOS ADULTOS
MAYORES DEL BARRIO EL RODEO– VILLAVICENCIO - COLOMBIA**

BRENDA NATALIA SÁNCHEZ ARENAS

**UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ESPECIALIZACIÓN EN SALUD FAMILIAR
COHORTE X
VILLAVICENCIO
2017**

**CARACTERIZACIÓN SOCIAL, FAMILIAR Y DE SALUD DE LOS ADULTOS
MAYORES DEL BARRIO EL RODEO – VILLAVICENCIO - COLOMBIA**

Autora:

BRENDA NATALIA SÁNCHEZ ARENAS

Código: 191130030

**Proyecto de investigación presentado como requisito para optar el Título de
Especialista en Salud Familiar**

Directora:

EMILCE SALAMANCA RAMOS

Magister en Enfermería con énfasis en Salud Familiar

Línea de Profundización

Investigación Social

UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PREOGRAMA ESPECIALIZACIÓN EN SALUD FAMILIAR

COHORTE X

VILLAVICENCIO

2017


AGRADECIMIENTOS

Primero que todo, deseo dar las gracias a Dios todo poderoso, quien ha inspirado mi vida en todo momento, me ha acompañado en cada paso de mi formación académica y me ha permitido alcanzar con sabiduría cada logro propuesto.

A mi esposo por acompañarme en este proceso formativo, por apoyarme en los momentos más difíciles y por ser ese hombre lleno de amor, comprensión y paciencia que estuvo siempre presente esperando a que cumpliera todas mis metas.

A la universidad de los Llanos por permitirme ser parte de tan honorable y respetada Institución, por su formación como una profesional integral y por su excelente calidad educativa que se vio reflejada en la enseñanza académica de su personal docente.

Al adulto mayor y su familia que me brindaron el espacio para poder cumplir con los objetivos de este proyecto de investigación y además confiaron en mi tan hermosas experiencias de vida.

	UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS	CÓDIGO: FO-DOC-97	
		VERSIÓN: 02	PÁGINA: 4 de 103
	PROCESO DOCENCIA	FECHA: 02/09/2016	
	FORMATO AUTORIZACION DE DERECHOS	VIGENCIA: 2016	

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD PROGRAMA ESPECIALIZACIÓN EN SALUD FAMILIAR

AUTORIZACIÓN

Yo **BRENDA NATALIA SÁNCHEZ ARENAS** mayor de edad, vecino de Villavicencio, identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 1121056374 de Villavicencio, actuando en nombre propio en mi calidad de autor del trabajo de tesis, monografía o trabajo de grado denominado **CARACTERIZACIÓN SOCIAL, FAMILIAR Y DE SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES DEL BARRIO EL RODEO- VILLAVICENCIO - COLOMBIA**, hago entrega del ejemplar y de sus anexos de ser el caso, en formato digital o electrónico (CD-ROM) y autorizo a la **UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS**, para que en los términos establecidos en la Ley 23 de 1982, Ley 44 de 1993, Decisión Andina 351 de 1993, Decreto 460 de 1995 y demás normas generales sobre la materia, con la finalidad de que se utilice y use en todas sus formas, realice la reproducción, comunicación pública, edición y distribución, en formato impreso y digital, o formato conocido o por conocer de manera total y parcial de mi trabajo de grado o tesis.

LA AUTORA – ESTUDIANTE, Como autor, manifiesto que el ensayo o tesis objeto de la presente autorización, es original y se realizó sin violar o usurpar derechos de autor de terceros; por tanto, la obra es de mi exclusiva autoría y poseo la titularidad sobre la misma; en caso de presentarse cualquier reclamación o acción por parte de un tercero en cuanto a los derechos de autor sobre la obra en cuestión, como autor, asumiré toda la responsabilidad, y saldré en defensa de los derechos aquí autorizados, para todos los efectos la Universidad actúa como un tercero de buena fe.

Para constancia, se firma el presente documento en dos (1) ejemplares del mismo valor y tenor en Villavicencio - Meta, a los 18 días del mes de Diciembre de dos mil Diecisiete (2017).

LA AUTORA – ESTUDIANTE

Firma

Nombre:

C.C. No.

_____ de _____

Tabla de contenido

1. INTRODUCCIÓN.....	13
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
2.1. Formulación del problema.....	19
3. JUSTIFICACIÓN	20
4. OBJETIVOS.....	22
4.1. OBJETIVOS MACRO PROYECTO	22
4.1.1. Objetivo General	22
4.1.2. Objetivos Específicos	22
4.2. OBJETIVOS DE ESTUDIANTES	22
4.2.1. Objetivo General	22
4.2.2. Objetivos Específicos	23
5. REVISIÓN DE LITERATURA.....	24
5.1.1. MARCO TEÓRICO.....	24
5.1.2. Envejecimiento Activo	24
5.1.3. Enfoque sistémico de la familia	25
5.1.4. Adulto Mayor	28
5.1.5. Indicadores Sociales y de Salud en Colombia	29
5.1.6. Condiciones de Vida.....	30

5.1.7. Mercado Laboral	31
5.1.8. Educación	32
5.1.9. Salud	33
5.1.10. Nutrición	33
5.1.11. Mortalidad	33
5.1.12. Salud Mental	34
5.1.13. Salud Bucal	34
5.1.14. Discapacidad	35
5.1.15. Sistema de Seguridad Social en Salud	36
5.1.16. Maltrato	36
5.2. MARCO INVESTIGATIVO	38
5.2.1. Factor Social en el Adulto Mayor	38
5.2.2. Salud del Adulto Mayor	40
5.2.3. Familia en el Adulto Mayor	43
5.3. MARCO CONCEPTUAL	46
5.3.1. Adulto Mayor:	46
5.3.2. 5.3.2.Familia:	46
5.3.3. Envejecimiento:	47
5.3.4. Vejez:	47

5.3.5. Dinámica Familiar:.....	47
5.3.6. Entorno Familiar (Salud Mental en los Adultos Mayores)	47
5.3.7. Estilos de Vida:.....	48
5.3.8. Salud (física y mental) :	48
5.3.9. Salud Familiar:	49
5.3.10. Maltrato al Anciano:	49
5.4. MARCO LEGAL	50
5.4.1. Internacional.....	50
5.4.2. Nacional	51
5.4.3. Local.....	52
6. METODOLOGÍA	53
6.1. Descripción de Contexto	53
6.2. Tipo de Investigación	54
6.3. Población y muestra.....	55
6.3.1. Población	55
6.3.2. Muestra	55
6.4. Instrumentos	55
6.5. Unidad de Observación.....	57
6.6. Plan de Análisis de Resultados	57

6.7. Consideraciones éticas	58
7. RESULTADOS.....	59
7.1. caracterización del adulto mayor.....	59
7.2. Valoración del estado de salud del adulto mayor.	61
7.3. Contexto Familiar del Adulto Mayor	63
7.3.1. Categoría I: el envejecimiento una etapa productiva terminada..	63
7.3.2. Sub-categoría I: El envejecimiento implica un cambio socioeconómico en la familia:	63
7.3.3. Sub-categoría II: El adulto mayor, útil para muchas cosas.	64
7.3.4. Categoría II: El desempeño de un nuevo rol.....	64
7.3.5. Sub-categoría I: La vejez otorga experiencia.....	64
7.3.6. Sub-categoría II: En la vejez se desarrollan más habilidades sociales.....	65
7.3.7. Sub-categoría III: Angustia e ideas sobre la muerte.	65
7.3.8. Sub-categoría IV: La gratitud en la vejez es relevante.....	65
7.3.9. Categoría III: El envejecimiento como un desafío y no como una enfermedad.....	66
7.3.10. Sub-categoría I: El sentido de envejecer.....	66
7.3.11. Sub-categoría II: El Estado de vejez no es igual es diverso.	67

7.3.12. Categoría IV: La familia, la más idónea para generar un equilibrio afectivo y apoyo social.....	67
7.3.13. Sub-categoría I: El envejecimiento mejora las relaciones familiares.....	67
7.3.14. Sub-categoría II: respetan mis espacios.	68
8. DISCUSIÓN	69
8.1. Características Sociales y Demográficas del adulto mayor.	69
8.2. Valoración del estado de salud del adulto mayor.	70
8.3. Contexto familiar del adulto mayor.	73
8.3.1. Categoría I: El envejecimiento una etapa productiva terminada.	73
8.3.2. Categoría II: El desempeño de un nuevo rol.....	74
8.3.3. Categoría III: El envejecimiento como un desafío y no como una enfermedad.	75
8.3.4. Categoría IV: La familia, la más idónea para generar un equilibrio afectivo y apoyo social.....	76
9. CONCLUSIONES.....	78
10. RECOMENDACIONES	79
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	80
12. BIBLIOGRAFÍA.....	84

LISTA DE TABLAS

Tabla N° 1. Valoración del Estado de Salud del Adulto Mayor.....	61
--	----

LISTA DE ANEXOS

Anexo A. Actividades Básicas de la Vida diaria de Barthel.....	92
Anexo B. Índice para Actividades Instrumentales de la Vida diaria de Lawton y Brody.....	94
Anexo C. Escala de Tinetti para la Valoración de la Marcha y el Equilibrio.....	95
Anexo D. Valoración Cognoscitiva. Mini Examen Cognoscitivo (Lobo).....	97
Anexo E. Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage.....	98
Anexo F. Índice de Comorbilidad de Charlson (Versión original).....	99
Anexo G. Entrevista Semiestructurada.....	100
Anexo H. Consentimiento Informado.....	102

NOTA DE ACEPTACIÓN

EMILCE SALAMANCA RAMOS
Directora Proyecto de Investigación

Jurado

Jurado

Villavicencio, 18 de Diciembre de 2017.

1. INTRODUCCIÓN

En el presente proyecto de investigación titulado Caracterización Social, Familiar y de Salud de los Adultos Mayores del barrio el Rodeo– Villavicencio – Colombia, se dio a conocer la percepción de salud y las dinámicas familiares que los integrantes de la familia tienen en relación con la vejez, los cuidados, la situación socioeconómica y las necesidades que se generan a partir de este proceso de envejecimiento. Este proyecto hace parte del macro proyecto titulado CARACTERIZACIÓN SOCIAL DEMOGRÁFICA Y DE SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES DE CUATRO MUNICIPIOS DEL PIE DE MONTE LLANERO, que fue aprobado y abalado por la facultad de ciencias de la salud de la Universidad de los Llanos.

El proyecto de investigación fue de tipo descriptivo con variables cualitativas y cuantitativas. Las variables cuantitativas se midieron a través de los instrumentos: Actividades básicas de la vida diaria (AVD) de Barthel y la Escala de Lawton y Brody. Para la evaluación de la marcha y el equilibrio se utilizó la sub escala de Tinetti, en cuanto a la valoración cognitiva, se empleó el examen cognitivo MINI-MENTAL (adaptación español), para la valoración afectiva se aplicó el test de Yesavage y finalmente para valorar la comorbilidad se usó el índice de Charlson que permitió valorar las condiciones sociales demográficas y de salud del adulto mayor. A través de las variables cualitativas se exploraron las relaciones familiares del entorno, la percepción del envejecimiento y las necesidades del adulto mayor desde el mismo y su cuidador(a); para ello se emplearon los instrumentos: el diario de campo, la observación y la entrevista semiestructurada.

En este proyecto se conoció la realidad acerca de las condiciones del adulto mayor a nivel de salud, demográfico y familiar del barrio el Rodeo, así como también se

establecieron las diversas percepciones que tiene el adulto mayor y su familia frente al proceso de envejecimiento y los cambios que este implica tanto en el cuidado como en la ejecución de los diferentes roles que desempeña cada integrante de la familia.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La población adulta mayor ha venido incrementando desde el año 1965 hasta el día de hoy y se tiene una proyección hasta el año 2075 (CEPAL, 2017). Indicando así, que el envejecimiento es una realidad que debe ser afrontada con la responsabilidad de los entes gubernamentales el Estado, la sociedad y la familia; Debido a que después de los 60 años se presentan múltiples problemas asociados a factores biológicos, fisiológicos y psicológicos (OMS, 2015). Mostrando así, que las necesidades de salud se dan más complejas, por lo tanto se necesitarán de sistemas de salud muchos más organizados y eficaces que se adapten a las necesidades de los adultos mayores.

La Organización Mundial de la Salud (2017) afirma: “Entre el 2000 y 2050, la proporción de la población mundial con más de 60 años de edad pasara de 900 millones hasta 2.000 millones, lo que representa un aumento del 12% al 22%”. Con base en esta estadística se indica que la esperanza de vida ha aumentado notoriamente en los últimos años, esta será de 24 años en el período 2030-2035 y entre 2060-2065 aumentara a 27 años. (CEPAL, 2017).

La percepción del adulto mayor se ha convertido en una problemática visible por motivo de la mala interpretación que dada al termino del envejecimiento, donde se ha limitado a un solo tipo de adulto mayor, sin haber tenido en cuenta, la gran diversidad en la edad avanzada correspondiente desde el factor biológico hasta el factor sociodemográfico (OMS, 2015). Un determinante social que intervino en esta interpretación es la creencia sociocultural de catalogar a los adultos mayores como dependientes o representación de una carga, cuando por el contrario está confirmado por diferentes estudios que los adultos mayores realizan grandes aportes a la economía del país y en otras situaciones brindan apoyo emocionalmente (Aboderin & Beard, 2015).

De otro lado, una problemática evidente en la salud pública ha sido el maltrato al adulto mayor, donde no se pueden obtener unas cifras precisas debido a que de 24 casos que ocurren en un mes, solo se estarían denunciando apenas uno de estos, lo que indicó que 1 de cada 10 personas mayores ha sufrido malos tratos en el último mes, no se notificó por el miedo que sienten los adultos mayores, ya que en su mayoría los maltratadores resultaron ser sus mismos familiares, amigos o autoridades; este maltrato puede dejar como consecuencias graves lesiones físicas y consecuencias psicológicas prolongadas. (OMS, 2016).

En América Latina y el Caribe la población de adulto mayor de 60 años y más, ha venido aumentando progresivamente, para el año 1975 las personas mayores se encontraron en un índice de 6.5%, para el año 2.000 un 8 %, se estima que para el año 2.025 estará en un 14.1% y finalmente para el 2.050, esta población aumentara en un 23.4% (OMS, 2016). Con este aumento tan rápido en el mundo, existe una necesidad urgente de fortalecer la protección social y de salud frente de los adultos mayores, frente a una extensa gama de riesgos que se asocian al envejecimiento.

En América Latina y el Caribe es un hecho que el envejecimiento acelerado de la población es una tendencia demográfica a tal punto que para el 2045 la población de 40 a 59 años superara a la de 20 a 39 años y entonces predominará una sociedad adulta y en siete años adelante en el 2052, la población predominante será la de 60 años o más, dando así como resultado el inicio a un nuevo periodo, donde la infancia dejará de ser la prioridad y por el contrario, la vejez tomará importancia siendo así está la principal temática que abordaran las políticas públicas y el Estado con el fin de garantizar los derechos y la protección social y de salud de las personas adultas mayores.

Según la última encuesta SABE Colombia realizada en el año 2015:

Las personas mayores de 60 años son hoy casi el 11% de la población colombiana y tienden a aumentar. Con los resultados de la Encuesta SABE Colombia se podrá comparar con otros países que ya desarrollaron esta misma encuesta, para conocer la situación de las personas adultas mayores y el avance o necesidades en relación con su atención. (MINSALUD, 2017).

SABE encuestó a 23.694 personas en hogares de zonas urbanas y rurales de Colombia, arrojando como resultado que la población mayor de 60 años en Colombia suma 5.2 millones de habitantes, lo que indicó que en estos momentos el país ha envejecido de una manera rápida, generando así un llamado de atención a todos los entes reguladores para diseñar y fortalecer políticas públicas que apunten a nuevos desafíos en cuestión de salud y bienestar.

En Colombia, Boyacá, Cundinamarca, Santander y el Eje Cafetero son las regiones con mayor número de población de adultos mayores mientras, Chocó y Valle del Cauca tuvieron mayor cantidad de población joven. La encuesta SABE indicó que la población adulta mayor es la que se encuentra en peores condiciones socioeconómicas del resto de la población, el 28,4% pertenece al estrato 1 y el 39,6% al 2. (MINSALUD, 2017).

En cuanto al cuidado de los adultos mayores, se destacó, que en el país, en su mayoría, esta responsabilidad es llevada a cabo por los hijos, por el contrario en otros países, la responsabilidad recae sobre las diferentes instituciones a cargo de las personas de la tercera edad. Se menciona que una pequeña parte de los cuidadores reciben una remuneración económica, de los cuales uno de cada tres reinvierten en el adulto mayor. Solo el 20% de la población adulta mayor recibe subsidios o apoyo gubernamental. La mayoría recibe apoyo por parte de familiares, y convivientes (entre 37% y 95%) (MINSALUD, 2017).

En el departamento del Meta el contexto demográfico que se visualizó para los años 2005, 2010 y 2020, mostraron como los indicadores han aumentado de manera notoria, evidenciando que la tasa de fecundidad ha disminuido en comparación con el indicador de la vejez; el índice de infancia en el 2005 estaba en 30,2%, en el año 2013 paso a un 27,3% y finalmente para el año 2020 se espera que haya un 25,7%, a diferencia de esto como ya se mencionó anteriormente, el índice de la vejez para el año 2005 estaba en un 5,2%, en el año 2013 paso a un 5,8% y para el 2020 se espera el aumento en un 6,8% (MINSALUD, 2013). Estadísticas mostraron que este crecimiento no solo abarcó otras regiones del país, indicaron que el Departamento de Meta debe prepararse para contribuir a un envejecimiento saludable; es preciso mencionar que en la actualidad aún no se ha aprobado la política pública para el envejecimiento.

Para finalizar, en el municipio de Villavicencio el crecimiento poblacional del adulto mayor ha traído consigo un panorama desolador, al evidenciar que entre julio y septiembre del año 2016 fueron atendidos cerca de 100 adultos mayores en condiciones precarias y que no contaban con seguridad social, llegando a recibir cada semana entre tres a cuatro casos. Los Hogares Geriátricos del municipio no contaron con los cupos disponibles para albergar a los adultos mayores que se encontraron en situación de abandono (Llano 7 Días, 2015).

A partir de lo mencionado y resaltando la importancia de la familia, la sociedad y el sector salud en la vida de los adultos mayores, se hizo necesario tratar temas relacionados con las dinámicas, entornos y características familiares, que permitieran abordar el rol que cumple el adulto mayor en la familia y hogar geriátrico mediante la siguiente pregunta:

2.1. Formulación del problema

¿Cuál es la caracterización social, el entorno familiar y el Estado de salud de los adultos mayores del barrio el Rodeo – Villavicencio – Colombia.

3. JUSTIFICACIÓN

Como lo indicó la Organización Mundial de la Salud en el Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la salud, hoy en día, por primera vez en la historia, la mayoría de las personas pueden aspirar a vivir hasta entrados los 60 años y más. La mayor esperanza de vida, sumada a las caídas importantes en las tasas de fecundidad, es la principal causa del rápido envejecimiento de las poblaciones de todo el mundo (OMS, 2015). Por lo tanto, se consideró que uno de los más grandes desafíos para la nueva generación poblacional, es lograr que los gobiernos implementen políticas que garanticen la seguridad social y financiera a los adultos mayores con el fin de proveer ambientes hostiles, saludables y sostenibles.

Así mismo, en América Latina y el Caribe, el envejecimiento de la población, una tendencia mundial que influye en la economía, la planificación del desarrollo, las políticas sociales, las familias, las comunidades, las grandes ciudades y las localidades indígenas, era la transformación más importante de la época (CEPAL, 2017). Por el avanzado aumento poblacional de los adultos mayores se generó diversos desafíos en cuanto a nivel social, político y económico, que exigieron la estructuración y ejecución de acciones pertinentes para la redistribución de los recursos económicos necesarios para el sostenimiento de esta población, acciones que involucraron cambios en las políticas y prácticas sociales buscando una equidad y garantía frente al cumplimiento de los Derechos Humanos.

Frente a lo anterior, estudios de la CEPAL demuestran que los esquemas no contributivos de pensiones podrían tener efectos significativos en la reducción de la pobreza en la vejez y contra lo que tradicionalmente se piensa, esto se puede lograr a costos razonables en la mayoría de los países para reducir el sostenimiento del envejecimiento del adulto mayor (CEPAL, 2015).

Respecto a Colombia, se ha contado con el programa para el adulto mayor “Colombia Mayor”, en el cual se “busca aumentar la protección de los adultos mayores que se encuentran desamparados, no cuentan con una pensión o viven en la indigencia o en la extrema pobreza; a través de la entrega de un subsidio económico, que le permite al adulto mayor cubrir económicamente parte de sus necesidades básicas para su sostenimiento; es así como Colombia hace parte de los países enfocados a mejorar y dar prioridad a la calidad de vida de la población mayor de 60 años.(Consortio, 2013).

A nivel Departamental y Municipal el estudio sobre el adulto mayor ha sido un tema bastante importante a causa del desconocimiento de sus ventajas y desventajas asociadas al envejecimiento. Los resultados obtenidos de este proyecto serán de gran utilidad para brindar un acercamiento a través de la caracterización de los adultos mayores y sus familias residentes del barrio el Rodeo, además de ello, se podrán diseñar estrategias para el mejoramiento y la ampliación de estándares de programas y políticas que trabajan para el mejoramiento de la calidad de vida del adulto mayor, así como la política pública de envejecimiento y vejez 2015-2023 del municipio de Villavicencio (Alcaldía de Villavicencio, 2015).

Desde la especialización en salud familiar se realizó este proyecto para poder resaltar la importancia y la necesidad de la familia como eje de apoyo emocional, económico y social en la etapa del envejecimiento, posibilitando el desarrollo de posteriores proyectos que permitan estudios en donde se priorice el adulto mayor.

Finalmente el interés de este proyecto fue el indagar sobre las dinámicas familiares de los adultos mayores del municipio de Villavicencio, conocer la percepción que los integrantes de la familia acerca de envejecer, los procesos de envejecimiento y el conocimiento en el manejo del entorno familiar y comunitario del adulto mayor basadas en los principios de independencia, participación ciudadana, autorrealización y dignidad.

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVOS MACRO PROYECTO

4.1.1. Objetivo General

- Caracterizar las condiciones sociales, demográficas y de salud de los adultos mayores de los Centros Vida de los cuatro municipios del piedemonte del departamento del Meta.

4.1.2. Objetivos Específicos

- Describir las características sociales y demográficas de la población mayor de 60 años de los centros vida de los municipios seleccionados.
- Establecer la percepción y condiciones de salud y entorno familiar de la población de adulta mayor de los Centros vida de los municipios seleccionados.

4.2. OBJETIVOS DE ESTUDIANTES

4.2.1. Objetivo General

- Identificar las características sociales, demográficas y de salud de los adultos mayores del barrio el Rodeo – Villavicencio – Colombia

4.2.2. Objetivos Específicos

- Caracterizar los adultos mayores desde los aspectos sociales y demográficos del barrio el Rodeo.
- Valorar el estado de salud físico, mental y social de los adultos mayores del barrio el Rodeo.
- Conocer los contextos familiares de los adultos mayores desde la perspectiva de los cuidadores, familia y adulto mayor.

5. REVISIÓN DE LITERATURA

5.1.1. MARCO TEÓRICO

5.1.2. Envejecimiento Activo

Todos los seres humanos cumplen un ciclo de vida que les permite desarrollar y fortalecer sus habilidades motrices, sociales y de conducta a través de experiencias y aprendizajes que facilitan el progreso de cada uno; al momento de llegar a la etapa final denominada el envejecimiento o la vejez, las personas comienzan a convertirse en una “molestia” para la sociedad y la familia, debido a que los determinantes sociales han caracterizado a la vejez como una etapa inservible en la vida del hombre, acompañada de enfermedades y obstáculos que le impiden desarrollar una vida independiente, plena y armoniosa; pero lo más lamentable, es que de cierta manera, las personas a medida que van llegando a este ciclo comienzan a interiorizar este concepto y terminan por creer que son personas inútiles e incapaces de valerse por sí mismas ante la sociedad; pero lo que realmente no saben es que una edad cronológica no determina que sean activos o no para ejecutar actividades del diario vivir como cualquier otra persona.

Según la OMS (2015), el envejecimiento activo es “el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen”. El término ‘Salud’ se refiere al bienestar físico y mental y el término ‘activo’ a una participación continua. Entonces, le corresponde al adulto mayor adoptar una conducta positiva y activa hacia esta etapa de la vida, mediante el desarrollo de diversos ejercicios físicos y mentales, implementando en su vida hábitos saludables, participando en actividades comunitarias, un consumo activo de alimentos saludables, buena higiene personal y el desarrollo de relaciones interpersonales. Por lo tanto el envejecimiento activo promueve diversos programas enfocados a atender las diferentes realidades y necesidades de esta población.

En conclusión, el envejecimiento activo consiste en extender la productividad, independencia y calidad de vida a edades avanzadas. Además de seguir siendo activo físicamente, es importante permanecer activo social y mentalmente, participando en actividades recreativas, de voluntariado o remuneradas, culturales, sociales, y educativas. Ofreciéndoles al mismo tiempo una adecuada protección, seguridad y atención médica cuando lo necesitan (Cassinello 2013).

5.1.3. Enfoque sistémico de la familia

La familia desde un enfoque sistémico representa una papel importante en la sociedad, puesto que, la estructura en cómo están organizados, el rol que desempeña cada uno y la manera en que se comunican sus integrantes, determinan las dinámicas familiares que se establecen en el sistema familiar, posibilitando así que en este se presenten o no conflictos de tipo psicológicos, emocionales y físicos, que terminan por afectar el núcleo familiar y las relaciones externas con los diferentes agentes socializadores.

En el estudio de la familia según Medellín, Rivera, López, Kanán & Rodríguez (2012) se proponen: “categorías organizativas en función de los temas familiares que tratan (estructura, función, sistema o interacción), en donde la familia como sistema se integra la tradición más holística de las ciencias sociales (teoría del desarrollo, teoría de sistemas y modelos ecológicos)” (p.4).

Desde la teoría del desarrollo familiar García & Musitu afirman:

Se estudian los cambios sistemáticos que experimentan las familias a medida que van desplazándose a lo largo de los diversos estadios de su ciclo vital, unos estadios que son precipitados por las necesidades biológicas, psicológicas y sociales de sus miembros (por ejemplo, el nacimiento de un hijo o la jubilación). (p. 8).

Cambios que pueden generar crisis vitales en las familias al experimentar una serie de cambios que terminan por influir en la conducta y en el modo de vida de cada miembro de la familia.

Por otro lado, en la teoría de los sistemas familiares la familia es mirada como: “un sistema social abierto, dinámico, dirigido a metas y autorregulado” (p.37). Lo que implica que dentro del núcleo familiar hay cambios por los cuales deben aprender a adaptarse a estos y modificar sus conductas para el bienestar de toda la familia.

Al igual que las anteriores, la teoría ecológica está muy relacionada con el estudio de los sistemas familiares pero a diferencia esta se enfoca en la interacción con el medio ambiente, es decir, la familia no existe como unidad independiente de otras organizaciones sociales; por lo que García & Musito en su libro describen unos contextos en función de la inmediatez con respecto a la persona en desarrollo:

- **Microsistema:** es el conjunto de interacciones entre la persona en desarrollo y su entorno más inmediato. La familia es el principal microsistema del niño y comprende las interacciones entre éste y sus padres y hermanos. Otro microsistema relevante sería la guardería o la escuela, que comprende las interacciones del niño con profesores e iguales.
- **Mesosistema:** es el conjunto de interrelaciones entre los principales escenarios o microsistemas de la persona en desarrollo como, por ejemplo, las interrelaciones entre la familia y la escuela.
- **Exosistema:** representa las estructuras sociales, formales e informales, que no incluyen en sí mismas a la persona en desarrollo aunque rodea y afecta a su contexto inmediato y, por lo tanto, influye y delimita lo que allí ocurre. Así, por ejemplo, el contexto laboral paterno puede tener un efecto en el trato que el niño recibe de sus padres.

- **Macrosistema:** este nivel representa los valores culturales, sistemas de creencias y sucesos históricos (guerras, desastres naturales, etc.) que pueden afectar a los otros sistemas ecológicos de la persona. Por ejemplo, la aprobación cultural del castigo o las creencias hacia la infancia pueden tener importantes efectos en las pautas de crianza de los padres hacia el niño en desarrollo. (p. 10)

“La familia como sistema es considerada como un conjunto de objetos, así como de relaciones entre los objetos y entre sus atributos Medellín, Rivera, López. Kanán & Rodríguez (2012). En donde los objetos son las personas, los componentes o partes del sistema, los atributos son las prioridades de los objetos o personas y las relaciones son las interacciones o roles que definen la relación.

Definió a un sistema como una serie de elementos interrelacionados con un objetivo común, se afectan unos a otros, y la característica que los une es la composición que tienen, es decir, la totalidad, la cual no es sólo la suma de las partes, sino también la relación entre ellas; cada elemento tiene una función e interactúan entre ellos. Existen dos tipos de sistema:

En un sistema cerrado los miembros tienen una conexión muy rígida o se encuentran desconectados por completo, no hay buena comunicación entre todos, es decir cuando los integrantes de la familia se encuentran totalmente desconectados no hay límites, es un sistema resistente al cambio y además sus reglas son muy rígidas.

En un sistema abierto, por el contrario, los miembros de la familia se encuentran interconectados, responden a los demás y sobre todo se permite que la comunicación sea fluida entre las partes internas como externas, acción que permite

que en este sistemas hayan cambios y permite una flexibilidad en las reglas, generando así que sus miembros sean más independientes.

De acuerdo con lo anterior, el grupo familiar, como sistema, tiene unos límites que constituyen su núcleo; estos tienen la función de controlar la información que entra y sale en las relaciones con el contexto, es decir, son funciones reguladoras, con el objetivo de mantener a la familia unidad y estable.

Otra característica de la familia es su estructura de poder, con una jerarquía que se asocia a la edad y el sexo de cada miembro de la familia, cuya valoración e implicaciones está determinada por los factores culturales de cada sociedad.

Para concluir, una definición acertada sobre la familia comprende tres perspectivas propias que permiten que esta tenga un gran valor para la sociedad; primero su estructura, la cual incluye aspectos sobre la composición, jerarquía, límites, roles, subsistemas, etc., la segunda hace referencia a la funcionalidad, que indica los patrones e interacciones de la familia; y la última, la evolución que en su estudio hace referencia a las creencias, valores e ideologías que están presentes en la familia.

Estas tres perspectivas estén en un constante cambio, a tal punto que la familia puede modificar sus relaciones, conductas y creencias en pro del buen funcionamiento y sostenimiento de todos los miembros de esta.

5.1.4. Adulto Mayor

Todo ser humano que tenga una edad entre sesenta años, es una persona adulta el cual está sujeto de derechos, plena y activa; poseedora de experiencias, capacidades, habilidades y potencialidades que les permiten participar y tomar

decisiones respecto a situaciones que afecten su presente y su futuro, y contribuir en espacios familiares, sociales e intergeneracionales en los sistemas sociales, económicos, políticos, culturales y ambientales de los que hacen parte (MINSALUD, 2012).

En esta etapa cumplen un ciclo de vida que les permite desarrollar y fortalecer sus habilidades motrices, sociales y de conducta a través de experiencias y aprendizajes que facilitan el progreso de cada uno; al momento de llegar a la etapa final denominada el envejecimiento o la vejez, se han expresado de formas diversas a través del tiempo dadas construcciones histórico sociales y culturales específicas. En la Política Nacional de Envejecimiento (PENEV) de Colombia se reconoce que la manera como envejecemos y la calidad de nuestras vidas en la vejez se relaciona con los recursos intelectuales, sociales, biológicos y materiales acumulados durante el ciclo vital (MINSALUD, 2012).

Es natural que todos los seres humanos debemos desarrollar actividades físicas, para medir nuestra capacidad y lograr una vida saludable a través de ejercicios, teniendo una alimentación adecuada, dormir 8 horas diarias, brindándole al cuerpo una vida con hábitos alimenticios y resistentes para desarrollar habilidades y destrezas.

5.1.5. Indicadores Sociales y de Salud en Colombia

Para la estructuración y mejora de las políticas públicas en el país se requiere contar con información verídica y real con el fin de obtener índices que permitan contribuir a la satisfacción de las necesidades presentes en los diferentes contextos sociales, además del requerimiento de una vigilancia permanente de estas; los indicadores sociales y de la salud, también permiten informar a todo el país de las situaciones que se evidencian en el mismo, además de ello, proporciona cifras actuales, punto

importante, teniendo en cuenta que a partir de estas se plantean mejoras en los aspectos más carentes presentes en el sistema social y de salud.

5.1.6. Condiciones de Vida

Este indicador permite cuantificar y caracterizar las condiciones de vida de los colombianos incluyendo variables relacionadas con la vivienda (material de paredes, pisos y servicios públicos), las personas para los que se incluyen variables de: educación, salud, cuidado de los niños, fuerza de trabajo, gastos e ingresos, etc., y los hogares que involucra variables como: tenencia de bienes y percepción del jefe o del cónyuge sobre las condiciones de vida en el hogar. (DANE, 2016).

Los resultados de la Encuesta de Calidad de Vida 2016, arrojaron que el servicio de energía eléctrica, llegaba al 99,7% de los hogares, el 93,0% manifestaron que tenían al menos un televisor, el 63,8% era a color convencional y el 46,2% correspondía a televisores LCD. En cuanto a tecnologías y comunicación, el acceso al internet fue de 45,8% índice que va en aumento a comparación del año 2015 que fue de un 41,8%. Respecto a la salud, el 95,4% de las personas a nivel nacional se encuentra afiliados al Sistema de General de Seguridad Social en Salud. Para finalizar, en la atención integral a los niños menores de cinco años, se observó que un promedio de 49,7% que indica que hay más niños al cuidado de sus padres en el hogar que por fuera o en instituciones (DANE, 2016).

De otro lado, (como cita García, 2008) de acuerdo a el Censo de Población y Vivienda 2005, el 68.7% de las personas adultas mayores viven en casas, el 24,8% en apartamentos y el 5.2% reside en habitaciones o cuartos. En estos hogares el 71.75% tiene acueducto, el 56.48% alcantarillado y un porcentaje del 86.69% se beneficia del servicio público de energía eléctrica.

5.1.7. Mercado Laboral

Los indicadores de mercado laboral indagan sobre las condiciones de empleo de los colombianos y dan a conocer aspectos como si trabajan o no, en qué rama de actividad se desempeñan, cómo se comporta el mercado laboral para grupos poblacionales específicos como mujeres y jóvenes, cuál es la remuneración que reciben, cómo es la afiliación a seguridad social, entre otros aspectos; la cobertura de estas investigaciones es nacional y se realizan informes departamentales y regionales (DANE, 2016).

Los departamentos que presentaron las tasas de desempleo más bajas para el año 2016, fueron: Bolívar con 6,8%, Boyacá con 7,0% y Santander con 7,3%, a diferencia, los departamentos con las tasas más altas en desempleo fueron: Quindío con 13,9%, Norte de Santander con 12,6% y Cesar con 11,5%., estadísticas que muestran que el nivel de desigualdad laboral, todavía es un factor muy visible en la sociedad Colombiana (DANE, 2016).

De acuerdo con el indicador de mercado laboral, los adultos mayores entre 60 y 79 años de edad, para el 2006, como lo indica la encuesta de hogares, un 29,9% de los adultos mayores siguen incorporados al mercado laboral; pero a los 80 años de edad se empieza a ver una disminución en la participación laboral a un 5,8% (DANE, 2016)

Para el año 2006, el porcentaje de desempleo disminuyó notoriamente para los adultos mayores, de un 15,9%, para el año 1995, pasó a ser un 7,9%, dando a conocer así, que a través del tiempo se les ha brindado mayor oportunidad laboral a esta población, aunque entre las edades 50 a 69 años esta tasa de desempleo se ve aumentada, debido a las diferentes crisis económicas del país (DANE, 2016)

5.1.8. Educación

Los indicadores de educación identifican los factores que afectan la convivencia escolar en los estudiantes, generan información para la caracterización de la población escolarizada en relación con sus actividades, relaciones familiares, comportamientos y actitudes sexuales (DANE, 2016).

Según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística, para el año 2016, la proporción de personas de la población económicamente activa (PEA) que habían completado la educación media fue 32,9%. La distribución de los demás niveles educativos en la PEA fue la siguiente: el 23,3% había completado la educación básica primaria, el 6,0% la educación básica secundaria, 10,9% la educación técnica profesional o tecnológica, 7,7% la educación universitaria y el 3,3% postgrado (DANE, 2016).

En los adultos mayores, DANE, 2016) expone:

“El último censo (2005) respecto a los años de educación, se evidenció que a partir de los 60 años, el promedio es de 5 años estudiados, siendo menor en las mujeres, y descendiendo progresivamente hasta ser alrededor de 2, en los más viejos. Respecto a las tasas de analfabetismo, se ha visto que los mayores de 60 años presentan las más altas (23.4%), en los porcentajes de alfabetismo por departamento, para personas de 65 y más años, se destaca un alfabetismo superior al 80% en los Departamentos Caldas, Quindío, Risaralda, Valle del Cauca y San Andrés y en el Distrito Capital de Bogotá. Y en contraste, niveles de alfabetismo inferiores al 40% en los Departamentos de La Guajira, Vaupés y Vichada” (p.7).

5.1.9. Salud

Brindan información sobre el sector salud, visto desde las Cuentas Nacionales. Asimismo y a la luz de las encuestas de mercado laboral y calidad de vida, estas permiten analizar se analizan aspectos como acceso de la población al sistema general de seguridad social en salud (DANE, 2016).

5.1.10. Nutrición

El alto consumo de medicamentos en los adultos mayores, los trastornos alimentarios y las alteraciones bilógicas que sufren a esta edad, generan como consecuencia una malnutrición que con el tiempo va causando enfermedades cardiovasculares, anemia, úlceras por presión, caídas por decaimiento, etc.

La encuesta Nutricional Nacional, arrojo como resultados, que los adultos mayores que se ubican en estratos bajos determinados por el SISBEN, presentan anemia, una dieta inadecuada, muy poco consumo de frutas y verduras y una falta de actividad física, lo que indica un alto índice de sedentarismo en la población, por lo cual se evidencia una alta presencia de obesidad mayormente en la población femenina (Royuela& Garcia, 2015).

5.1.11. Mortalidad

Según los registros y encuestas realizadas, la principal causa de muerte en los adultos mayores, son las enfermedades cardiovasculares. Con el pasar del tiempo las tasas de mortalidad han disminuido notablemente, sin embargo, se deben proyectar estrategias que permitan el control de estas enfermedades con el fin de seguir mitigando los índice de muerte; las tasas por 100.000 habitantes se relacionan en su orden en: Mortalidad por enfermedades del

aparato respiratorio 119.8, por enfermedad isquémica del corazón, en personas de 45 y más años de edad 254.1, por enfermedad cerebrovascular en este mismo grupo de personas 137,5, por cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado, en personas con 35 y más años de edad el 11.6, y por diabetes mellitus, en mayores de 45 años fue del 75,8 (DANE, 2016).

5.1.12. Salud Mental

La depresión es una de las enfermedades mentales más frecuentes en la vejez. En la población general la prevalencia ha sido mayor al 4%, predominando en el sexo femenino, en los estratos sociales bajos y escaso nivel académico. Se han identificado zonas de mayor riesgo como Antioquia, Bogotá, Caldas, Huila, Nariño, Norte de Santander, Quindío y Santander. Para los mayores de 60 años, la prevalencia puede ser tan alta como del 25.2%. (OMS, 2015)

Se encontró que la sustancia psicoactiva que más utilizan es el cigarrillo, con una prevalencia mensual del 29%, y de vida del 45%, (de cada 100 ancianos, 45 han fumado cigarrillo alguna vez en su vida y de ellos 29 en el último mes) (Royuela & Garcia, 2015).

5.1.13. Salud Bucal

Para el 2005, solo se habían realizado tres encuestas nacionales de morbilidad oral: 1965, 1980 y el último en 1998, pero en ninguno de ellos se especifica la situación oral de las personas mayores. En la escasa información al respecto se encuentra el estudio realizado por el servicio de odontogeriatría de la Universidad Nacional de Bogotá el cual encontró que el paciente promedio que asiste es de sexo femenino, con un rango de edad entre 61 y 65 años, con un

nivel de ingresos mensuales de un salario mínimo, con escolaridad primaria completa, pensionado y perteneciente al régimen contributivo (Royuela & Garcia, 2015).

Según la Encuesta Nacional de salud 2007, en el Departamento, El 20,4% de la población de ese grupo de edad y que reside en la meta sufrió de problemas dentales (boca o encías) en los últimos treinta días (14,7% promedio nacional) (MINSALUD, 2012).

5.1.14. Discapacidad

Según el DANE (Censo 2016), la tasa de prevalencia de discapacidad para el total de la población es de 6.3%, con mayor cobertura en los hombres (6,6%:6,1%), los resultados indicaron que los departamentos de Huila, Boyacá, Quindío, Tolima, Nariño, Cauca y Caldas, presentan el mayor número de municipios con índices de intensidad de población con limitaciones permanentes (> que 1). En contraste, el Distrito Capital y los departamentos de Amazonas, Vaupés, Córdoba y Guajira, presentan los menores.

El censo además, reportó que de cada 100 personas con limitaciones, el 43.3% las tienen en la visión, en forma permanente; 29.5% para caminar o moverse; el 17.4% para oír; 14.9% para usar brazos y piernas; 13.2 para hablar%; 12.3% para aprender o entender; 10.1% para relacionarse con los demás por problemas mentales o emocionales; el 9.9% para su autocuidado y, el 18.8% presentan otra limitación. En lo concerniente a las personas mayores de 65 años, el 12,52% posee limitaciones para moverse o caminar, el 3.35% tiene limitaciones para su autocuidado y el 2.53% para hablar.

5.1.15. Sistema de Seguridad Social en Salud

La afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud de Colombia, se incrementó en 10 puntos porcentuales, al pasar de 59 a 69%. La distribución, por tipo de entidad a la cual se está afiliado es: ISS 6%, EPS 28%, ARS 30%, Empresa Solidaria 0.6%, Fuerzas Militares 1.5%, Ecopetrol 0.1%, magisterio 1.1%, Foncolpuertos 0.1% y no afiliados 31% (principalmente niños y jóvenes).

En el régimen contributivo se observó una disminución en la cobertura de la afiliación en los años 2000 a 2002. El régimen subsidiado, por su parte, muestra una tendencia sostenida al aumento en la cobertura, pasando del 22,5% en el año 2000 hasta el 40,4% en el 2005, Dentro del total de afiliados al régimen subsidiado se contemplan los afiliados mediante los llamados subsidios plenos y los subsidios parciales De forma específica la afiliación por tipo de régimen de salud para personas mayores de 60 años. (García, 2008).

5.1.16. Maltrato

Se estima que las lesiones no fatales de causa externa, en adultos, en el 2005 representan un total de 5.652 AVISA, correspondientes a 7.785 casos registrados por el Instituto de Medicina Legal (IML), de estos, un 70% corresponde al grupo de 60 a 69 años de edad.

De las muertes violentas reportadas para 2005, un 8% (2.239 casos), corresponde a adultos mayores, que para el grupo entre 60 y 69 años representan 5.808 AVPP. Más de la mitad de estas muertes (68%), no fueron intencionales. El 44% de las defunciones por causas violentas en el adulto mayor se debió a accidentes de tránsito y un 24% a otro tipo de accidentes. En Colombia durante los últimos años las cifras de muerte accidental en adultos mayores han permanecido estables, encontrándose al igual que en el

resto del mundo, las caídas como la primera causa. A partir de los 70 y más años el número de defunciones reportadas como accidentales aumenta respecto al resto de la población adulta mayor (Royuela & Garcia, 2015).

5.2. MARCO INVESTIGATIVO

5.2.1. Factor Social en el Adulto Mayor

Como lo indica Pinzón & Ortega (2016), las personas adultas mayores sienten mayor interés en actividades de iglesia con un 13 %, escuchar radio con un 14 %, caminar con un 12 %, escuchar música con un 12 % y ver televisión con un 14 %; mayor asistencia a grupos de salud con un 43 % y de oración con un 42 % (p.157). Determinando así en su investigación que las actividades de ocio y tiempo libre promueven el envejecimiento activo y la participación social de la población (p.157).

En contraste con lo anterior, para García, Moya & Quijano (2015), los adultos que participan en grupos de la tercera edad presentaron mejor rendimiento cognitivo que aquellos que no asisten ($p = 0,02$), mientras que en la escala de calidad de vida no hubo diferencias significativas entre los grupos (p.398). Quienes concluyen su investigación destacando la importancia de la inclusión social y las redes sociales como un factor que incide en el bienestar psicológico y emocional del individuo para que lleven un proceso de envejecimiento sin déficit en el desempeño cognoscitivo y la calidad de vida, es decir, viven un proceso de envejecimiento exitoso (p.402).

A demás de esto, Guerrero & Yépez (2015), encontraron en su investigación que tienen mayor probabilidad de ser altamente vulnerables, los adultos mayores de la región occidente ($OR=3.80$ IC 95% 1.34-10.78), con hipertensión arterial ($OR=2.64$ IC95% 1,07-6.53) y que no tienen cuidador ($OR=2.52$ IC 95% 1.45-4.54). Mencionando que los factores de riesgo que hacen más vulnerables a los adultos mayores son: vivir en regiones deprimidas económica, social y geográficamente apartadas, no contar con el acompañamiento de una persona para su cuidado y tener hipertensión arterial, variables que se deben tener en cuenta en la prestación

de los servicios de salud y en la asignación de recursos para la protección de un grupo poblacional que necesita que se rompa la cadena de la inequidad y la desigualdad social (p.121).

También cabe señalar, que Melguizo, Ayala, Merchán, Montes, Payares & Reyes Villadiego (2014), realizaron un test mental y una encuesta sociodemografica para describir la calidad de vida relacionada con la salud, donde encontraron que el promedio de edad fue de 75 años (95 %), predominó el estado civil soltero (57,6 %), nivel educativo primaria (45,5 %), recibir medicamentos (80,3 %), realizar actividades físicas (54,5 %) y no realizar actividades productivas (37,9 %). La autopercepción de la calidad de vida relacionada con salud tiende a valores que pueden considerarse como buenos (7,6 %) (p. 537). Puntualizando que Las dimensiones que presentaron puntajes más altos fueron la plenitud espiritual y el autocuidado, y con menor puntaje el bienestar físico y el apoyo comunitario (p.537).

Por último, Aguilar & Cardona (2016), abarcan el sistema económico como otro punto importante que puede afectar la calidad de vida de los adultos mayores, en su investigación se puede apreciar que los mayores se sienten inseguros económicamente al no contar con ingresos fijos y suficientes que les permitan vivir de manera autónoma e independiente; menos de una tercera parte cuenta con ingresos provenientes de un empleo, el cual es informal en la mayoría de los casos (p.34). Finalmente, los autores concluyen en su investigación que los adultos mayores entrevistados ven comprometida su seguridad económica por no contar con un ingreso económico para la cobertura de necesidades básicas, ya que una gran mayor parte de ellos carecen de ingresos fijos, que los lleva a la informalidad para vivir el día a día, conscientes de que cada vez se envejecerá más, aumentará la dificultad para seguir laborando y se reducen los espacio para laborar y por ello deben depender del Estado o la familia. (p.34).

5.2.2. Salud del Adulto Mayor

En tema de la salud del adulto mayor Cardona, Segura, Garzón, Segura & Cano (2016) indican que uno de cada cuatro presentaron riesgo de depresión, uno de cada tres tenían riesgo de ansiedad, ocho de cada diez presentaron deterioro cognitivo, principalmente leve, y riesgo nutricional en igual proporción. Se evidenció todo tipo de maltrato contra los adultos mayores, siendo mayor el psicológico (p.71). Finalmente el autor concluye en la investigación que el estado de salud de la persona mayor se ve más afectado por los riesgos en la salud mental que en la física, que permiten el direccionamiento de las políticas públicas y una mejor distribución de recursos en la búsqueda del mejoramiento en su calidad de vida y un envejecimiento digno, diferenciando por la región de residencia (p 72).

En esa misma dirección Borda, Anaya, Pertuz, Romero de León, Suárez & Suárez (2013), mencionan que la prevalencia de depresión fue de 36.4 %, y predominó la leve (24.2 %). Fueron factores de riesgo: nivel educativo: primaria incompleta (OR: 1,9, IC 95 %:0,02 - 5,43, p: 0,0090) y presentar trastornos neurológicos y psiquiátricos (OR: 6,6, IC 95 %: 1,21 - 35,9, p: 0,0215). Presentaron fuerza de asociación significativa: el sexo masculino y ser soltero. Mostraron fuerza en la asociación no significativa, la fuente de ingresos, los ingresos económicos menores de 1 salario mínimo legal vigente (SMLV), la polifarmacia y el tipo de hogar (p. 64) En donde los autores pueden afirmar que la depresión está en un tercio de la población institucionalizada, en este estudio afectó a los adultos con primaria incompleta y algún trastorno neurológico o psiquiátrico. Asimismo, los hombres, los solteros, los que tienen ingresos muy bajos, que provienen de las familias con ingresos menores a 1 salario mínimo, que tienen hipotensión arterial y viven en hogares geriátricos públicos (p.64)

Dentro de este contexto Cardona, Arango, Segura & Espinosa (2012) indican que la tasa de mortalidad por deficiencias nutricionales fue de 34,5 defunciones por cien

mil habitantes, 16 Departamentos registraron un riesgo mayor que el nacional, siendo mayor en Vaupés, Guaviare, Guainía, Bolívar y Atlántico (p.584). Señalando en su investigación que las defunciones por deficiencias nutricionales fueron más frecuentes en las mujeres, los mayores de 80 años de edad y pertenecer al régimen subsidiado, pero gran parte de los fallecidos no estaba asegurado. El Departamento del país que presentó la mayor mortalidad fue Vaupés con un riesgo de 658,8 para los hombres y 456,6 para las mujeres, superando a todos los demás, por un amplio margen (p.584).

Desde otro ángulo Amaya, & Ramos (2017), mencionan en su investigación que el adulto mayor presentó adecuada capacidad y percepción de autocuidado en las siguientes categorías: actividad física, alimentación, medicación, adicciones y hábitos tóxicos. No se evidenció déficit de autocuidado, debido a que el estudio demostró en esta categoría el mayor porcentaje y la calificación más alta (p.58).

De lo anterior, los autores concluyen que se determinó que la capacidad y percepción de autocuidado de los adultos mayores es parcialmente adecuada en las siguientes categorías: eliminación, descanso y sueño, higiene y confort, y control de salud, debido a que estas categorías obtuvieron puntaje mayor en la calificación intermedia. No se evidencio déficit de autocuidado inadecuado para ninguna categoría, debido a la interdisciplinariedad del programa (p. 58).

Por otra parte, Álzate, López, López, Espinosa, Agudelo, Posada & Meneses (2014) señalan que se identificaron 5 categorías: 1) El contexto social, cultural y económico como determinante de la calidad de vida y de la salud bucal; 2) La salud general y bucal de los adultos mayores en situación de vulnerabilidad; 3) Definiciones de Calidad de Vida (CV), Calidad de Vida relacionada con la Salud (CVRs), y Calidad de Vida relacionada con la Salud Bucal (CVRsB); 4) Envejecimiento saludable; 5) Propuestas para mejorar la calidad de vida, la salud y la salud bucal en los adultos mayores (p.12).—En donde, finalmente indican que desde la perspectiva de los participantes, la calidad de vida y su relación con la salud bucal en el adulto mayor

es un concepto multidimensional y debe analizarse no solamente con factores individuales sino también desde el contexto socioeconómico y político. Estos factores colocan a esta población en situación de vulnerabilidad social (p. 12).

Más adelante, Agudelo, López, Álzate, López, Posada & Meneses (2016), indican en su investigación que se encontraron tres categorías principales: 1) Necesidades y problemas de salud general y bucal y sus determinantes; 2) Símbolos y significados de la población adulta mayor; 3) Perspectiva y roles de género y su relación con las prácticas sociales en salud bucal. En general, los prestadores perciben alta carga de enfermedad y barreras de acceso a los servicios de salud. Se percibieron diferencias de género relacionadas con los roles que asumen las personas, las prácticas de autocuidado, y los perfiles de utilización de los servicios de salud (p. 58). En efecto, señalan que los prestadores entrevistados perciben como la población adulta mayor que consulta a la red prestadora de servicios pública de Medellín se encuentra en situación de vulnerabilidad social que impacta en las condiciones de salud bucal. De igual manera, se perciben diferencias de género relacionadas. Se requieren políticas sociales que garanticen equidad para este grupo poblacional (p. 58).

Y finalmente, en relación al acceso al sistema de salud, Peña, Garzón, Cardona & Segura (2016), mencionan con respecto a las variables y su asociación con el tiempo de espera para la asignación de cita con médico general de cada una de las regiones se encontraron con significancia estadística los siguientes factores de riesgo: en la ciudad de Medellín el área de residencia (IC: 1,018 – 8,990), en la región del Oriente, percibir la situación de salud como buena (IC: 1,579 – 8,186) y en la región del Suroeste, vivir en el área rural (IC: 5,934 – 174,499), no tener educación certificada (IC: 1,697 – 23,194), contar con estudios de básica primaria (IC: 1,732 – 10,274), vivir en estratos 0 y 1 (IC: 1,998 – 47,863), y estrato 2 (IC: 3,492 – 16,019), además de estar afiliado al régimen subsidiado (IC: 2,449 – 15,875) (p. 219). De acuerdo a esto, los autores concluyen en que el tiempo de

esperar para la asignación de cita con médico general, aun se comporta como una barrera en el acceso a los servicios de salud de los adultos mayores del departamento de Antioquia, explicado por características tales como área de residencia, percepción del estado de salud, nivel educativo, y tipo de afiliación, esto según la región del departamento (p.219).

5.2.3. Familia en el Adulto Mayor

En el tema de salud familiar Según Fhon, Janampa, Huaman, Marques, & Rodrigues (2016), indican que en los adultos mayores, hubo predominio del sexo masculino; la edad promedio fue de 74,8 años y estaban casados/as. En los cuidadores, predominó el sexo femenino; la edad promedio fue de 44,3 años, el 18,1% presentó algún tipo de sobrecarga; en cuanto a la calidad de vida, las dimensiones con menor puntuación fueron Salud general, Salud mental y Vitalidad. Se obtuvo una correlación inversa entre la puntuación total de la Escala de Zarit y todas las dimensiones de la calidad de vida” Por lo tanto, se hace necesario acompañar el estado de salud de los cuidadores con la finalidad de prevenir alteraciones físicas y mentales (p. 252).

En esa misma dirección Gómez, Villareal, Baldovino, Madrid, & Ordoñez (2015) enseña que el estudio descriptivo, correlacional de corte cuantitativo en una muestra de 54 cuidadores de adultos mayores de 65 años, asistentes a los programas del adulto mayor. Se utilizó el Inventario de habilidad de cuidado (CAI) desarrollado por NgoziNkongho, para medir la habilidad de cuidado a partir de sus componentes: conocimientos, valor y paciencia. El análisis se realizó en forma global y por componente para determinar el nivel de habilidad y la asociación se hizo a través de una prueba de chi cuadrado (p. 11).

Finalmente los autores Gutiérrez, Velásquez, & Rey (2012), Demuestran que los resultados indican que la mitad de las familias son extensas, distribuidas en

extensas modificadas (46.5%) y extensas (2.8%), con riesgo familiar total alto (47.9%), influido principalmente por las subcategorías “morbilidad en la familia” y “ambiente socioeconómico”.

En las familias colombianas clasificadas en los estratos socioeconómicos uno a tres, los riesgos familiares son asociados con las características de los miembros, la morbimortalidad, el medio ambiente (socioeconómicos, de la vivienda, psicoafectivo, estilo y prácticas de salud) y la accesibilidad, disponibilidad y aceptación de los servicios de salud. Todas las familias del estudio tienen riesgo, por tanto requieren atención en salud en todos los niveles de cuidado. Son prioritarias las familias de alto riesgo producto de las precarias condiciones económicas, sociales, educacionales y de salud (p. 308).

En cierto sentido, López, Castellano & Muñoz (2016), determinan que el estudio etnográfico, con observación participante y entrevistas en profundidad. Participaron siete familias bogotanas (siete adultos mayores entre los dos y diez meses posteriores al primer accidente cerebrovascular y los siete cuidadores principales respectivos). Como resultados los cuidadores y adulto mayor comparten acciones de cuidado para la recuperación, relacionadas con la alimentación, el cuidado personal y la ingesta de medicamentos permeadas por la creencia religiosa, fuente de soporte y vínculo afectivo (p.169). Se da a conocer el cuidado popular de esta población posibilita proponer acciones culturalmente congruentes con sus valores y creencias para potencializar las capacidades familiares e intermediar en los procesos de tratamiento (p. 169).

Por ultimo Cardona, Segura, Berbesí & Agudelo (2015), indican que el estudio descriptivo transversal, con 310 cuidadores principales de adultos mayores de 65 años y más de edad, seleccionados por muestreo aleatorio simple y entrevistados telefónicamente. Se calculó la prevalencia, Odds Ratio e intervalos de confianza del 95%. la prevalencia de sobrecarga del cuidador en la ciudad de Medellín, fue de

12,17%, IC 95% [8,39-15,96] y sí se encontraron diferencias significativas en el número de horas diarias dedicadas al cuidado, entre los que presentaron síndrome y los que no. Como factores asociados se encontraron: edad y parentesco con el adulto mayor, número de hijos, horas diarias dedicadas al cuidado, estado de salud, abandono o disminución de actividad por el cuidado, las razones, necesidades y ayuda recibida de su familia; como factores de protección se identificó: independencia y el bueno o regular estado de salud del adulto mayor (p.30).

5.3. MARCO CONCEPTUAL

5.3.1. Adulto Mayor:

Las personas adultas mayores son sujetos de derecho, socialmente activos, con garantías y responsabilidades respecto de sí mismas, su familia y su sociedad, con su entorno inmediato y con las futuras generaciones. Las personas envejecen de múltiples maneras dependiendo de las experiencias, eventos cruciales y transiciones afrontadas durante sus cursos de vida, es decir, implica procesos de desarrollo y de deterioro. Generalmente, una persona adulta mayor es una persona de 60 años o más de edad. (MINSALUD, 2012)

5.3.2. Familia:

La familia como institución, la familia es una serie de abstracciones de la conducta, un sistema de normas que tienen el carácter de reglas de comportamiento para sus miembros. Las normas sociales se organizan en patrones que son particulares para cada tipo de institución según el área de la vida de la cual se ocupe. Le corresponde garantizar:

- El adecuado funcionamiento biológico de los individuos de la sociedad.
- La reproducción de sus miembros.
- Su adecuada socialización.
- La provisión y distribución de los bienes y servicios.
- El mantenimiento del orden dentro del grupo y su relación con el resto del sistema social. (Hernández, 1997, p. 14)

5.3.3. Envejecimiento:

La organización mundial de la salud (OMS, 2009) define al envejecimiento como el “proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios en las características de las especies durante todo el ciclo de vida; esos cambios producen una adaptabilidad del organismo en relación con el medio. Los ritmos a que estos cambios se producen en los diversos órganos de un mismo individuo o en distintos individuos no son iguales”

5.3.4. Vejez:

Según el Ministerio de Salud y Protección Social, la vejez representa una construcción social y biográfica del último momento del curso de vida humano. La vejez constituye un proceso heterogéneo a lo largo del cual se acumulan, entre otros, necesidades, limitaciones, cambios, pérdidas, capacidades, oportunidades y fortalezas humanas. (MINSALUD,2012)

5.3.5. Dinámica Familiar:

Exponen que la dinámica familiar hace referencia a la movilidad que se da en el clima relacional que construyen los integrantes de la familia para interactuar entre ellos mismos y con el contexto externo. En ella son interdependientes dimensiones como: autoridad, normas, roles, comunicación, límites y uso del tiempo libre. (Posada, Ochoa, Ferrer & Ruiz, 2013)

5.3.6. Entorno Familiar (Salud Mental en los Adultos Mayores)

Es el factor principal del adulto mayor donde encuentra un apoyo el cual es su familia “elabora y evalúa instrumentos para satisfacer las necesidades de salud mental de

las personas en situaciones de emergencia. Estos instrumentos incluyen aspectos como la evaluación, los primeros auxilios psicológicos, el manejo clínico de los trastornos mentales y la recuperación de los sistemas de salud mental.

El material de asesoramiento y los instrumentos de la Organización Mundial de la Salud son utilizados por la inmensa mayoría de las organizaciones internacionales de ayuda humanitaria activas en el campo de la salud mental (OMS, 2017).

5.3.7. Estilos de Vida:

La OMS está ayudando a “crear un perfil nutritivo tipo que puedan utilizar los países como medio para aplicar las recomendaciones en materia de comercialización.

En 2012 la Asamblea Mundial de la Salud adoptó un plan de aplicación integral sobre nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño y seis metas de ámbito mundial que deben alcanzarse para 2025, entre las que figuran la reducción del retraso en el crecimiento, la emaciación y el sobrepeso infantil, la mejora de la lactancia materna, y la reducción de la anemia y la insuficiencia ponderal del recién nacido” (OMS, 2012).

5.3.8. Salud (física y mental) :

“Elabora y evalúa instrumentos para satisfacer las necesidades de salud mental de las personas en situaciones de emergencia. Estos instrumentos incluyen aspectos como la evaluación, los primeros auxilios psicológicos, el manejo clínico de los trastornos mentales y la recuperación de los sistemas de salud mental (OMS, 2017).

5.3.9. Salud Familiar:

Alana Officer, Asesora superior en salud del Departamento de Envejecimiento y Ciclo de Vida de la OMS, «el maltrato a las personas de edad está en aumento, causando graves consecuencias personales y sociales para los 141 millones de ancianos del mundo. Debemos intensificar nuestros esfuerzos para prevenir y combatir las distintas formas de maltrato, cuya frecuencia está creciendo» (OMS, 2017)

5.3.10. Maltrato al Anciano:

La organización mundial de la salud define que “El maltrato de las personas mayores es un acto único o repetido que causa daño o sufrimiento a una persona de edad, o la falta de medidas apropiadas para evitarlo, que se produce en una relación basada en la confianza. Este tipo de violencia constituye una violación de los derechos humanos e incluye el maltrato físico, sexual, psicológico o emocional; la violencia por razones económicas o materiales; el abandono; la negligencia; y el menoscabo grave de dignidad y la falta de respeto”. (OMS. 2017)

5.4. MARCO LEGAL

5.4.1. Internacional

La Segunda Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe (Brasilia 2007)

Hacia una sociedad para todas las edades y de protección social basada en derechos. En esta conferencia se evaluaron los logros en la implementación de la Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, así como los acuerdos establecidos en torno a la situación de las personas mayores en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (Cairo, 2004) y en la Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995).y se establecieron los desafíos y las prioridades de acción para los próximos cinco años.

La Tercera conferencia mundial intergubernamental sobre Envejecimiento en San José de Costa Rica, 2012: cuyo tema central fue “el envejecimiento, solidaridad y Protección Social: la hora de avanzar hacia la igualdad”, y tuvo por objetivos examinar los logros en la aplicación de los compromisos contraídos por los países miembros de la CEPAL en la Declaración de Brasilia 2007 e identificar las acciones claves tendientes a su implementación durante los próximos cinco años. Se adoptó Carta de San José sobre los derechos de las personas mayores de América Latina y el Caribe, conocida como Madrid + 10, donde se acordaron las recomendaciones para mejorar los sistemas de protección social, para la garantía de los Derechos de las Personas mayores de América Latina y el Caribe, en las áreas de seguridad social, salud y servicios sociales.

5.4.2. Nacional

Política Nacional de envejecimiento y vejez 2007-2019. El Estado Colombiano intenta promover y garantizar a través de esta política pública los derechos de los adultos mayores, en cuanto a la protección social e integral incluyéndolos en la elaboración de proyectos colectivos para que todos participen como ciudadanos para la construcción de una equidad social. Reconociendo a la familia como la unidad básica de la sociedad, responsable de la atención a los derechos, las capacidades, las vulnerabilidades y obligaciones de sus miembros; con el fin de promover la importancia de esta en el ciclo de vida del envejecimiento.

Política Colombiana de envejecimiento humano y vejez, 2014-2024. Por medio de la cual se dictan unos estándares con el fin de proporcionar a las personas adultas mayores de hoy y del futuro una vejez con oportunidades y calidad de vida, en donde sus derechos no sean vulnerados y por el contrario, se les brinde prioridad en materia de desarrollo y se les garantice la incorporación al servicio de protección social en especial a aquellas personas en extrema pobreza y una alta desventaja social.

Artículo 46 de la constitución política de Colombia. En el cual será corresponsabilidad del Estado, la sociedad y la familia el cuidado y la protección del adulto mayor, con el deber de vincularle a una vida activa por medio de ambientes recreativos. El Estado garantizara el servicio de una seguridad social integral y un subsidio alimentario en caso de que el adulto mayor se encuentre en una situación de indigencia y abandono.

Ley 1850 del 19 de julio. Por medio de la cual se establecen medidas de protección al adulto mayor en Colombia, se modifican las leyes 1251 de 2008, 1315 de 2009, 599 de 2000 y 1276 de 2009, se penaliza el maltrato intrafamiliar por abandono y

se dictan otras disposiciones. En uno de sus artículos, la ley establece que el que someta a condición de abandono y descuido a una persona mayor, con 60 años de edad o más, y afecte sus necesidades de higiene, vestuario, alimentación y salud, incurrirá en prisión de 4 a 8 años y en multa de 1 y 5 salarios mínimos legales mensuales vigentes.

5.4.3. Local

Acuerdo n° 78 de 2015. Por medio del cual se adopta la política pública de envejecimiento y vejez 2015-2023 en el municipio de Villavicencio. En el que se plantea una serie de acciones estratégicas para lograr el reconocimiento y la renovación de las diversas situaciones que padecen las personas mayores al diario vivir, frente a gozar una vida digna, en donde no se les vulnere los derechos a la equidad, la inclusión y la igualdad, y puedan asumir el envejecimiento de una manera activa, en donde el Estado les garantice un tránsito armonioso y pleno, mejorando en gran proporción sus estilos de vida.

6. METODOLOGÍA

6.1. Descripción de Contexto

Villavicencio es un municipio colombiano, capital del departamento del Meta, ubicado en el piedemonte de la Cordillera Oriental, al Noroccidente del departamento del Meta, Fundada el 6 de abril de 1840; con una población urbana aproximadamente de 486.363 habitantes para el año 2015, de las cuales en población adulto mayor presentó un índice de envejecimiento de un 23,08% que correspondía a un total de 30.072 adultos mayores de la población en general. El municipio se divide en 8 comunas, 235 barrios (de los cuales solo 32 son legalizados), 101 asentamientos, 2 zonas de invasión, 7 corregimientos y 61 veredas en total.

En la comuna 5 está ubicado el barrio El Rodeo, un sector altamente comercial, de estratos 1 y 2, en el que reside población de todas las edades; considerado como uno de los barrios más nuevos en el municipio debido a la escasa antigüedad de sus casas; a nivel de seguridad se cuenta con una inspección de policía, la cual es catalogada por los habitantes como un sitio de adorno a causa de la ineficiencia con la que responde frente a cada caso de robo, asalto y sicarito que se presentan muy seguido en el sector.

Por otro lado, es considerado como un barrio de alto riesgo de inundación; sus habitantes describen que cada vez que llueve las calles se llenan como ríos, dejando a consecuencia gran cantidad de personas damnificadas; en lo que respecta al consumo y venta de droga, existen zonas de concentración para este tipo de actividades, que a diario generan inconformidad en la comunidad, hecho por el cual se solicitó a los diferentes entes reguladores una vigilancia continua y constante de estas zonas.

Es apropiado mencionar que a pesar de las diferentes problemáticas evidenciadas, en el sector se cuentan con dos Colegios públicos, un jardín infantil del bienestar

Familiar y la casa “Kiwanis” de recreación para los niños; en cuanto a programas desarrollados para los adultos mayores, no hay presencia de estos debido al poco espacio con zonas verdes presenten en el barrio.

Para concluir, el Rodeo es un barrio que se considera inapropiado para que un adulto mayor viva, debido a la alta accidentalidad por sus calles tan transitadas, el alto riesgo que se presenta en caso de inundación, la presencia de zonas inseguras y la contaminación auditiva generada por los distintos establecimientos comerciales de la zona que impiden que los adultos puedan transitar y descansar tranquilamente.

6.2. Tipo de Investigación

El proyecto de investigación caracterización social, familiar y de salud de los adultos mayores del barrio el Retiro – Villavicencio – Colombia, es descriptivo con variables cualitativas y cuantitativas; las variables cualitativas preestablecidas fueron: percepción del envejecimiento, entorno familiar y relaciones dinámicas. Las variables cuantitativas están agrupadas en estados de salud y caracterización sociodemográfica.

Taylor & Bogdan (1986) afirman que el enfoque cualitativo estudia la realidad tal cual es de manera natural en un determinado contexto, con el fin de identificar y poder interpretar los diferentes fenómenos que en este se puedan evidenciar, emplea herramientas como la observación, las entrevistas y las historias de vida, los cuales permiten describir las situaciones y conflictos de los actores participantes en la investigación.

6.3. Población y muestra

6.3.1. Población

Para el año 2016, el índice de envejecimiento en el municipio de Villavicencio correspondió al 23,08%, con una población adulta mayor de 30.072 habitantes; por lo tanto, la población que se estudió fue el adulto mayor y su familia, perteneciente al barrio el Rodeo ubicado en la comuna 5 del municipio de Villavicencio -Meta.

6.3.2. Muestra

Fue por conveniencia, un adulto mayor y su familia, donde se tuvo en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

- Perteneciera al barrio el Rodeo.
- Que aceptara el consentimiento informado.
- Persona mayor de 60 años
- Que tuviera familia o red de apoyo.
- Que tuviera buena capacidad de salud mental

6.4. Instrumentos

Para la obtención de la información de variables cuantitativas se tuvo en cuenta los siguientes instrumentos:

- Actividades básicas de la vida diaria (AVD): Se empleó el instrumento Barthel (Anexo A) y la Escala de Lawton y Brody (Anexo B).
- La marcha y el equilibrio: Se utilizó la sub escala de Tinetti (Anexo C).

- Valoración cognitiva: Se usó el examen cognitivo MINI-MENTAL (adaptación español). (Anexo D)
- Afectividad: Se empleó el Test de Yesavage. (Anexo E)
- La morbilidad: Se utilizó el índice de Charlson. (Anexo F)

A través de las variables cualitativas se logró identificar el contexto y entorno familiar, la percepción del envejecimiento y las necesidades del adulto mayor desde el cuidador y familia del adulto mayor. Los instrumentos a empleados fueron:

- **La Observación:** instrumento visual y esencial para la recolección de información. La observación es “el acto de mirar algo sin modificarlo con la intención de examinarlo, interpretarlo y obtener unas conclusiones sobre ello” .
- **Entrevista Semiestructurada:** “se recomienda a fin de que no oprimir a las personas participantes, generando un ámbito coloquial que facilita la comunicación entre quienes interactúan, sabiendo que no hay nada en contra de investigar asuntos en los que se esté involucrada emocionalmente” (Anexo G)
- **El diario de Campo:** lectura interesante para comprender ese proceso de inmersión social y de contacto con el contexto de investigación y de cómo la interacción con los valores personales y profesionales afectan a dicho proceso y a la propia construcción de la identidad del investigador. (Ramos, 2013, p. 195).

6.5. Unidad de Observación

La unidad de observación del adulto mayor, en el cual se establecieron los criterios de inclusión para los participantes al momento de desarrollar la investigación fueron los siguientes: ser mayor de 60 años, aceptar y participar voluntariamente del estudio.

Según la OMS las personas de 60 a 74 años es considerada de edad avanzadas, de 75 a 90 años viejas o ancianas, y a los que sobre pasan los 90 años se les domina grande, viejo o longevo. A todo individuo mayor de 60 años se le llamara de forma indistinta persona de la tercera edad. Por lo tanto, nuestra investigación se tomó una muestra de una persona de la tercera edad con 70 años ubicada en el rango de 60 a 74 años.

6.6. Plan de Análisis de Resultados

Para el desarrollo de esta actividad se realizó el siguiente procedimiento en 4 momentos:

- **Primer momento: Acercamiento a la comunidad.**

En este espacio hubo un acercamiento a la comunidad, se recorrió el barrio con el fin de conocer el contexto sociodemográfico y al mismo tiempo identificar el adulto mayor junto a su familia a estudiar; seguidamente se les explicó los objetivos y propósitos de la investigación a desarrollar; también se les indicó que la participación era de manera voluntaria y por lo tanto se necesitaba del consentimiento informado para llevar a cabo la elaboración de esta.

- **Segundo momento: Recolección de la información.**

En este momento, se aplican los diferentes instrumentos con el fin de identificar las variables cualitativas y cuantitativas, en tanto para el adulto mayor como para su familia, como la percepción del envejecimiento, entorno familiar, las relaciones

familiares y los estados de salud y la caracterización sociodemográfica de la misma, que permitieron caracterizar al adulto mayor y su familia.

- **Tercer momento: Análisis de resultados.**

Se procedió a procesar la información cuantitativa con el programa SPSS (STATISTICAL PRODUCT AND SERVICE SOLUTIONS) versión 29 y la información cualitativa a través de las herramientas de Microsoft: Excel- Word- otros. N-Vivo 11 que fueron clasificadas en categorías y sub categorías.

- **Cuarto momento: Confrontación teórica.**

En este momento se realizó la confrontación de los resultados obtenidos con el marco referencial, se elaboró el informe final con los criterios de inclusión establecidos en la investigación y se construyó el artículo final.

6.7. Consideraciones éticas

Para la realización del proyecto se tuvo en cuenta la normatividad propuesta en Colombia mediante la resolución 8430 de 1993 expedida por el Ministerio de salud: Por la cual se establecieron las normas, académicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Artículo No.6 que establece: “La investigación que se realice en seres humanos se deberá desarrollar conforme a ciertos criterios, entre ellos: se debe ajustar a los principios científicos y éticos que la justifiquen, debe prevalecer la seguridad de los sujetos de investigación”, sin vulnerar ninguno de los principios universales: respeto por las personas, autonomía, beneficencia y justicia. Lo anterior se evidenció mediante la utilización del consentimiento informado (Anexo H) y salvaguardando la información recolectada (MINSALUD, 1993, p.1-4).

7. RESULTADOS

7.1. caracterización del adulto mayor

El Adulto Mayor de 81 años de edad, residente en el barrio el Rodeo de la ciudad de Villavicencio, vive en vivienda arrendada con su esposa, hija, yerno y nieta, está en el ciclo familiar, familia con hijos escolares con quienes lleva una excelente relación familiar, muy rara vez se han presentado problemas y cuando ha sucedido los han solucionado de la mejor manera; es de destacar que la casa es de un solo piso, con el fin de evitar que los adultos mayores de la casa no tuvieran dificultad al momento de movilizarse por esta, además de ello muy amplia con un cuarto para cada miembro de la familia y con pisos pocos deslizantes para evitar caídas que pueda afectar el bienestar y la integridad de este; la vivienda es de un estrato social 1, con los servicios públicos necesarios para el sostenimiento de la familia como la luz, el agua, el gas y servicio de cable. A diferencia del Adulto Mayor, su esposa, otra adulta mayor, presenta demencia senil, lo que la imposibilita para ejercer cualquier tipo de movimiento o actividad física y mental, dado a esta situación el señor se encarga de cuidarla y suplir todas las necesidades que esta pueda llegar a necesitar.

El Adulto Mayor tiene 6 hijos, de los cuales 2 de ellos viven en Villavicencio, entre estos su hija, con quien vive actualmente, los demás residen en Caquetá, pero aun así siempre están pendientes de lo que necesite su padre; económicamente el adulto mayor recibe pequeñas ayudas de sus hijos y el subsidio del programa Colombia mayor, no cuenta con pensión e ingresos de otro tipo, debido a que en su vida estuvo mucho tiempo dedicado al trabajo en fincas por no tener estudios, únicamente logro realizar parte de la primaria y mucho tiempo después logro aprender el oficio de la sastrería y peluquería al que dedicó la mayor parte de su vida pero de manera independiente, por lo que nunca cotizó una pensión. Trabajaba

directamente en su finca junto a su esposa, realizando además de estos diferentes oficios como vender leche y cuajada para el sostenimiento del hogar, como la finca quedaba ubicada en una zona roja (presencia de grupos al margen de la ley), sufrió un accidente al pisar una mina perdiendo su pierna derecha y tiempo después fue despojado con su familia de sus tierras violentamente viéndose obligado a desplazarse a la ciudad de Villavicencio, situación que le ocasiono una crisis económica.

Por otro lado, actualmente los ingresos económicos mensuales del hogar en el que convive son el de un salario mínimo vigente, por lo que no permite cotizarle una seguridad Social contributiva al adulto mayor, todos tienen una Seguridad subsidiada por el Estado.

En cuanto entretenimiento, el Adulto Mayor no desarrolla ningún tipo de actividades recreativas en su barrio, debido a que en este no se llevan a cabo este tipo de programas y además al adulto mayor no le gusta realizar estas actividades con las demás personas, él prefiere sentarse una tarde y conversar de cosas interesantes, por ejemplo de libros, documentales e historias que enmarcan un mundo de conocimiento. Él refiere que hace ejercicio cuando va al centro a realizar alguna diligencia que ahí sí camina por todo Villavicencio.

7.2. Valoración del estado de salud del adulto mayor.

TABLA Nº 1. VALORACIÓN DEL ESTADO DE SALUD DEL ADULTO MAYOR

NOMBRE DE LA ESCALA	OBJETIVO	PUNTAJE	RESULTADO
Actividades Básicas de la Vida Diaria de Barthel	valorar la autonomía de la persona para realizar las actividades básicas e imprescindibles de la vida diaria	100/100	El paciente tiene una independencia para realizar las actividades básicas e imprescindibles de la vida diaria como: comer, lavarse, vestirse, arreglarse, trasladarse del sillón a la cama, subir y bajar escaleras, etc.
Índice para Actividades Instrumentales de la Vida Diaria. de Lawton y Brody	Valorar la capacidad de la persona para realizar las actividades instrumentales necesarias para vivir de manera independiente en la comunidad (hacer las compras, preparar la comida, manejar dinero, usar el teléfono, tomar medicamentos, etc.).	8/8	Tiene la capacidad para realizar las actividades instrumentales necesarias para vivir de manera independiente, tiene la autonomía para realizar las siguientes actividades: hacer las compras de la casa, contestar el teléfono, organizar, preparar y servir las comidas por si solo adecuadamente, realizar tareas ligeras como lavar los platos o hacer las camas, lavar por si solo pequeñas prendas, tomar su medicación a la hora y con la dosis correcta, y por último, realizar las compras de cada día, pero necesita ayuda cuando son grandes o se trata de alguna diligencia bancaria.
Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage	Evaluar el estado afectivo de los ancianos.	0-5 puntos	El paciente se considera normal, no se detecta un estado depresivo en el adulto mayor; este goza de una vida feliz a pesar de la diversas situaciones problemáticas ocurridas en su vida, considera que la vejez es una etapa la cual debe ser dedicada a vivir tranquilamente y sin problemas.
Valoración Cognoscitiva. Mini Examen Cognoscitivo (Lobo):	Proporcionar un análisis breve y estandarizado del estado mental que sirviera para diferenciar, en pacientes psiquiátricos, los trastornos funcionales orgánicos.	Espacial: 5 Temporal:5	Orientación: El adulto mayor, responde correctamente todas las preguntas sin ninguna dificultad, es consciente de su orientación temporal y espacial.
		3	Fijación: recuerda correctamente y según su orden cada palabra mencionada anteriormente.
		5	Concentración y Cálculo: Tiene la facilidad de concentrarse, no se interesa por otras cosas diferentes, cognitivamente se encuentra en un muy buen nivel debido a la facilidad para

		Memoria: 3 Nominación:2 Repetición: 1	desarrollar cálculos y operaciones matemáticas. Memoria Diferida: Retiene información sin dificultad alguna para evocarla después.
		Comprensión:3 Lectura: 1 Escritura:1 Dibujo: 1	Lenguaje: Escribe, lee y dibuja correctamente cada palabra a trabajar, en este caso solo necesita de sus gafas para poder leer correctamente.
Escala de Tinetti para la Valoración de la Marcha y el Equilibrio	Detectar precozmente el riesgo de caídas en ancianos a un año vista.	16/16	Escala de Tinetti. Parte 1: Equilibrio: Presenta una prótesis en su miembro inferior izquierdo; lo cual no interfiere en ningún aspecto. Como su puntuación de encuentra en el mayor rango se analiza su equilibrio es normal un menor riesgo de caídas.
		12/12	Escala de Tinetti. Parte 2: Marcha: Habitualmente no utiliza ningún tipo de ayuda para caminar; usa muletas únicamente cuando está en algún lugar del cual requiera estar mucho tiempo de pie, por lo tanto su marcha es normal.
Índice de Comorbilidad de Charlson (versión original)	Evaluar la esperanza de vida a los diez años, en dependencia de la edad en que se evalúa, y de las comorbilidades del sujeto.	0	No sufre, ni ha sufrido ninguna de las enfermedades que allí se mencionan, así que presenta una ausencia de comorbilidad con un 12% de mortalidad por año; es decir que tiene un índice de comorbilidad corregido de 3 puntos.

7.3. Contexto Familiar del Adulto Mayor

Para conocer el contexto familiar se identificaron las siguientes categorías: el envejecimiento una etapa productiva terminada, el desempeño de un nuevo rol, el envejecimiento como un desafío y no como una enfermedad y la familia, la más idónea para generar un equilibrio afectivo y apoyo social.

7.3.1. Categoría I: el envejecimiento una etapa productiva terminada.

El envejecimiento es una etapa de la vida que trae consigo ventajas y desventajas; como ventaja está el ser considerado como un tiempo de descanso, donde el adulto mayor goce de calma y tranquilidad, pero de otro lado, el envejecimiento es visto como una desventaja debido a la culminación de la etapa laboral, que de una forma u otra, termina generando una dependencia económica que limita al adulto mayor en el momento de tomar sus decisiones y le resta utilidad a este en cuanto es considerado como una persona incapaz de realizar sus labores rutinarias.

7.3.2. Sub-categoría I: El envejecimiento implica un cambio socioeconómico en la familia:

“Yo no tengo pensión, yo simplemente llevo unos centavitos que tengo por ahí, eso de interés, poquito pero me está llegando; lo del gobierno” AM. “pero el ingreso es poquito, porque no son sino como trescientos” AM. “No, gracias a Dios no, nosotros no tenemos de sobra pero si lo necesario para vivir; además con lo que el recibe del subsidio, de ahí se saca para sus cositas” FAM. “Mis hijas cualquier cosa y ellas están ahí” AM.

7.3.3. Sub-categoría II: El adulto mayor, útil para muchas cosas.

“Lo que ocurre es que algunos de una vez se nos siembra que ya no somos más y es lo contrario, mientras uno tenga eco y vida uno tiene que buscar un medio de compartir para no sentirse arrimado por completo” AM. “Yo si quisiera salir, pero vuelvo a decírselo, yo esa tentación de estarme dando cuenta de cómo está la patrona no me deja salir” AM. “Más cansada estoy yo, mi papá tiene mucha vida, ojala nosotros llegáramos a la edad de mi papá y tuviéramos esas ganas de vivir que él tiene” FAM. “No quiere sentirse un inútil, por lo que él está acostumbrado a trabajar” FAM. “él es de finca, para él el trabajo es lo primero y el no queda quieto en ningún momento, el ve una cuchara sucia y el cuchara que lava y él está así, si ve una basurita ahí botada él se agacha y la recoge, es decir él está en completa actividad todo el día” FAM.

7.3.4. Categoría II: El desempeño de un nuevo rol.

La vejez implica el desarrollo de un nuevo rol en el adulto mayor como sentirse útil, activo, capaz de realizar diversas actividades y el más importante, sentirse valorado por los demás, por los conocimientos y experiencias que posee de su larga trayectoria, que le permiten interactuar de manera más cercana y dinámica con los que lo rodean.

7.3.5. Sub-categoría I: La vejez otorga experiencia.

“Hay una amiga que es como si fuera mi hermana, no sé, ella me dice, yo no sé yo a usted lo quiero como si fuera mi hermano, mi papá, como tío, como no sé qué” AM. “De una vez digo por eso y eso... y por eso me dejan quietico y pues solo voy a escuchar” AM. “Mi Dios me tiene que guardar, los años no vienen solos para muchos o para todo ser humano, vienen con una costumbre, vienen con otra y

vienen con otra” AM. “Salgo corriendo (*risas*), las evito al máximo (*risas*), se les pregunta estrictamente lo necesario, o si no hay me quedo todo el día (*risas*). Como no pueden hablar” FAM.

7.3.6. Sub-categoría II: En la vejez se desarrollan más habilidades sociales.

“Él se relaciona fácilmente con las demás personas, exageradamente (*risas*)” FAM. “Pues la demora fue que hice el reclamo y se acabó; las cosas no son así, hay una equivocación y hablando arreglamos, porque a nosotros nos pasa que lo que escribimos con las manos lo borramos con los pies” AM. “aquí reconocemos nuestros errores y pedimos disculpas” FAM.

7.3.7. Sub-categoría III: Angustia e ideas sobre la muerte.

“Depende porque unos envejecemos antes de tiempo, por A o por B razón, muchas personas tienen en su mente una contradicción” AM. “Mamita, lo único que pienso sobre la vejez, es que, siempre lo he dicho y es que tengo que ser mejor, todos los días de mi vida, porque yo deseo tener un buen morir” AM. “Entonces yo lo único que le pido a mi Dios que hasta el último momento, que pierda la voz ya cuando fue mi último suspiro, pero que yo pueda reconocer y valorar” AM.

7.3.8. Sub-categoría IV: La gratitud en la vejez es relevante.

“Me reglaron una silla para bañarme en el baño” AM. “estoy feliz, feliz (*emoción*) porque nunca creí que me dieran otra silla de estas (*señalando un silla*) y me pusieron esos servicios, entonces eso se me ha acomodado demasiado porque yo sufría para bañarme” AM. “y abro la llave y comienzo a bañarme (*demostrando*

como se baña) y me paro y cierro la llave y hago todas esas cosas y me voy a parar y me agarro de ahí, estoy pasando una vida, mejor dicho estoy dichoso” AM.

7.3.9. Categoría III: El envejecimiento como un desafío y no como una enfermedad.

El envejecimiento es un Estado de salud en el cual surgen cambios positivos o negativos que van modificando hábitos, rutinas y estilos de vida en las personas; situación que en muchos casos es percibido como una enfermedad que trae consigo problemas que afectan las relaciones familiares.

7.3.10. Sub-categoría I: El sentido de envejecer.

“Pues sí nos llegó la vejez, pero mire el caso mío, ya llegue a viejito y me falta la piernita, pero entonces yo digo, porque me voy angustiar si ese era el destino” AM. “En mi vejez, pues mi forma de ser físicamente me miro y digo bueno, pero me siento orgulloso de que me digan, no Jorgito pero yo digo que usted tiene 60, entonces les he dicho, que yo no fui borracho, yo nunca fume un cigarrillo, yo no me emborrache, yo no hice cosas de estar en los bailes ni de trasnochos” AM. “No, ahora que complete mis ochenta y un años les dije a mis hijos, hasta aquí voy bien, no sé cómo me ira recibir este otro año, pero yo le pido a mi Dios que me de fortaleza en todo momento, mi eco mi talento, que no se me pierda porque me siento orgulloso” AM. “La vejez....Es un estado de cuidado, aparte de cuidado, digo yo, tiene uno que aprender a tolerarlos, a aprender a, no sé cómo se dice eso, que precisamente por la edad de ellos, ellos tienen otra forma de vivir, otra forma de actuar” FAM.

7.3.11. Sub-categoría II: El Estado de vejez no es igual es diverso.

“Para algunos el estado de vejez puede ser cansancio yo lo diría que sí, yo llego a la edad de mi papá y yo estaría cansada, pero quisiera que mi vejez fuera como la de mi papá, así enérgica, que no tuviera pereza de ir por un colchón, de ir a la tienda diez veces” FAM. “El estado de vejez no debería ser un estado de cansancio, sino un estado de descanso, de tranquilidad y de felicidad” FAM.

7.3.12. Categoría IV: La familia, la más idónea para generar un equilibrio afectivo y apoyo social.

La familia es la encargada de brindar apoyo y sostén al adulto mayor, darle un impacto positivo o negativo a su vejez, mediante el reconocimiento como sujeto de derechos, o la discriminación de este, limitando el desarrollo de sus capacidades y proyectos a futuro, además de ello contar con una red de apoyo permite que el adulto mayor se sienta amado, protegido, seguro y acompañado.

7.3.13. Sub-categoría I: El envejecimiento mejora las relaciones familiares.

“Mamita pero vuelvo a decirlo, que culpa tiene otra persona de lo que le esté sucediendo a uno, y eso es lo que no aprendemos nosotros ni aun ni de jóvenes” AM. “Ellos si me aman, no mi familia me ama y cuidan mucho” AM. “No tengo palabras, es decir, ellos cualquier cosita que le hace le falta a mi abuelito o a mi papá” AM. “Precisamente vivimos en esta casa por el bienestar de los dos adultos mayores que hay acá” FAM. “Aprender a amarlos y a quererlos tal como son, porque yo voy para allá y no se sabe ¿cómo me toque?, Dios quiera y orándole a Dios precisamente que a mí no me vaya a tocar como a ellos” FAM.

7.3.14. Sub-categoría II: respetan mis espacios.

“No aquí si se respeta; como ellos son creyentes (cristianos), cuando yo me voy a orar en silencio nos respetamos ese derecho, esa razón de ser. Todos nos respetamos” AM. “Pacificación es vivir en una misma unión compartiendo los ideales que están establecidos en un convivir. Es vivir en armonía” AM. “Estamos pendiente en sus cosas, si le hace falta algo de aseo, que su ropa este limpia, organizada, que tenga un lugar que sea de él, sus cosas, su cuarto su cama y se le respeta ese lugar y ahí no se mete nadie, que porque llevo la visita entonces papá salga de ahí, no todos nos desacomodamos, pero lo que son mi papá y mi mamá son intocables” FAM.

8. DISCUSIÓN

8.1. Características Sociales y Demográficas del adulto mayor.

El envejecimiento como un ciclo de descanso y tranquilidad para las personas implica un cambio de actividades y rutinas que conlleva también a una modificación en el círculo social del adulto mayor, según la caracterización realizada, para este es de mayor preferencia estar sentado una tarde conversando de temas interesantes como la educación en vez de realizar actividades físicas con otros adultos mayores, mientras que en la investigación realizada por Pinzón & Ortega (2016), se indica que las personas adultas mayores sienten mayor interés en actividades de iglesia con un 13 %, escuchar radio con un 14 %, caminar con un 12 %, escuchar música con un 12 % y ver televisión con un 14 %; mayor asistencia a grupos de salud con un 43 % y de oración con un 42 %. Determinando que la mayoría de la muestra estudiada en su investigación tiene preferencia por asistir a grupos de salud y desarrollar actividades de ocio y tiempo libre que promueven el envejecimiento activo y la participación social de la población (1). Del mismo modo García, Moya & Quijano (2015), indicaron en su estudio que los adultos mayores que participan en grupos de la tercera edad presentan mejor rendimiento cognitivo que aquellos que no asisten ($p = 0,02$), mientras que en la escala de calidad de vida no hubo diferencias significativas entre los grupos, destacando la importancia de la inclusión social y las redes sociales como un factor que incide en el bienestar psicológico y emocional del individuo para que lleven un proceso de envejecimiento sin déficit en el desempeño cognoscitivo y la calidad de vida, es decir, viven un proceso de envejecimiento exitoso (2).

Por otro lado, se pudo determinar que el factor económico en los adultos mayores interfiere de manera negativa o positiva en cuanto se cuenten con pensiones, ayudas del Estado o colaboraciones de los hijos para llevar un envejecimiento con una independencia económica, respecto a este aspecto Aguilar & Cardona (2016), abarcan el sistema económico como otro punto importante que puede afectar la

calidad de vida de los adultos mayores, en su investigación se pudo apreciar que los mayores se sentían inseguros económicamente al no contar con ingresos fijos y suficientes que les permitieran vivir de manera autónoma e independiente; menos de una tercera parte contó con ingresos provenientes de un empleo, el cual fue informal en la mayoría de los casos. Finalmente, los autores concluyeron en su investigación que los adultos mayores entrevistados ven comprometida su seguridad económica por no contar con un ingreso económico para la cobertura de necesidades básicas, ya que una gran mayor parte de ellos carecen de ingresos fijos, que los lleva a la informalidad para vivir el día a día, conscientes de que cada vez se envejecerá más, aumentará la dificultad para seguir laborando y se reducen los espacio para laborar y por ello deben depender del Estado o la familia (3).

8.2. Valoración del estado de salud del adulto mayor.

El envejecimiento es diverso para todos los adultos mayores, su desarrollo depende de factores biológicos, culturales y sociales que intervienen de manera negativa o positiva durante la vejez, en este caso, se evaluaron las actividades básicas de la vida diaria (AVD) mediante el instrumento Barthel y la Escala de Lawton y Brody, donde el adulto mayor según la escala de Barthel con un puntaje de 100/100, presentó una independencia para realizar las actividades básicas e imprescindibles de la vida diaria como: comer, lavarse, vestirse, arreglarse, trasladarse del sillón a la cama, subir y bajar escaleras, etc se podría afirmar que cuenta con un excelente Estado de Salud, no requiere de ayuda para realizar sus actividades diarias; frente al instrumento de Lawton y Brody, con un puntaje de 8/8, se observó que el adulto mayor tiene la capacidad para realizar las actividades instrumentales necesarias para vivir de manera independiente, tiene la autonomía para realizar las siguientes actividades: hacer las compras de la casa, contestar el teléfono, organizar, preparar y servir las comidas por si solo adecuadamente, realizar tareas ligeras como lavar los platos o hacer las camas, lavar por si solo pequeñas prendas, tomar su

medicación a la hora y con la dosis correcta, y por último, realizar las compras de cada día, pero necesita ayuda cuando son grandes o se trata de alguna diligencia bancaria. En contraste a esto, el primer estudio en Colombia con una muestra representativa en el cual se caracterizó la funcionalidad para las actividades básicas e instrumentales en la población anciana de Bogotá (2017) mostró que frente a las escalas de Barthel y Lawton Brody se observó una correlación negativa estadísticamente significativa ($p < 0,05$) a mayor edad, un mayor nivel de educación, tener diagnóstico de accidente cerebrovascular, un mayor uso de medicamentos y una peor percepción de la propia salud, se correlacionaron con una peor funcionalidad en las actividades básicas, en conclusión, en la cohorte de adultos mayores de 60 años entrevistados en Bogotá, se evidenció que la funcionalidad dependía de múltiples factores, por lo cual se requerirían más estudios de tipo longitudinal para establecer la causalidad y, así, obtener herramientas adicionales que contri-buyan a una mejor calidad de vida(4).

En cuanto a la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, el adulto mayor se consideró normal, no se detectó un estado depresivo; goza de una vida feliz a pesar de las diversas situaciones problemáticas ocurridas en su vida y considera que la vejez es una etapa la cual debe ser dedicada a vivir tranquilamente y sin problemas; a diferencia de esto, Salazar, Reyes, Plata, Galvis, Montalvo, Sánchez Pedraza, Gómez, Pardo & Ríos (2015) en su investigación encontraron que cinco de los nueve factores analizados se asociaron significativamente a la presencia de depresión. El no trabajar, el haberse jubilado o quedarse sin empleo en el último año no se asociaron significativamente con la presencia de depresión. El riesgo mayor se observó con la presencia de crisis económica, haber sufrido alguna enfermedad crónica o lesión grave el último año. Se encontraron factores protectores significativos, como tener familiares y amigos que cuidan de la persona mayor o que la hacen sentirse querida (5).

De otro lado, el estado de salud referente a la parte cognitiva del adulto mayor de acuerdo a la valoración asignada para la interpretación de la tabla, el adulto mayor

obtuvo una puntuación de 30/30 puntos; en cada ítem a valorar el paciente obtiene la mayor cantidad de puntos, observando así que a pesar de su edad, probablemente no presenta deterioro cognoscitivamente, debido a la facilidad con la que responde a cada ítem establecido para su evaluación, a diferencia del estudio realizado por Camargo, Hernández & Laguado (2017), donde se determinó que el 41,7%(25) de los adultos mayores participantes del estudio tienen deterioro cognitivo grave, seguido de probablemente sin deterioro 33,3% (20) y un 23,3% (14) con deterioro, debido a esto indicaron que es necesario direccionar los cuidados de enfermería con intervenciones como entrenamiento de la memoria, estimulación cognitiva, facilitar el aprendizaje, potencialización de la disposición de aprendizaje, restructuración cognitiva, terapia de reminiscencia y orientación a la realidad en el adulto mayor, para prevenir y mitigar alteraciones del área cognitiva en el grupo poblacional y poder mejorar su calidad de vida (6).

De la misma manera, para la Escala de Tinetti para la Valoración de la Marcha y el Equilibrio, el adulto mayor según la valoración de la tabla para el equilibrio obtuvo un puntaje de 16/16 puntos, teniendo en cuenta que este presenta una prótesis en su miembro inferior izquierdo; lo cual no interfiere en ningún aspecto. Como su puntuación de encuentra en el mayor rango se analiza que este tiene un menor riesgo de caídas, Habitualmente no utiliza ningún tipo de ayuda para caminar; usa muletas únicamente cuando está en algún lugar del cual requiera estar mucho tiempo de pie, por lo tanto su marcha es normal; estudios realizados en Lima por Silva, Porras, Guevara, Canales, Coelho & Partezani (2014) indicaron que en la evaluación de la Escala de Tinetti se obtuvo una puntuación promedio de 21.7 (=6.1). 54.7% presentó alto riesgo de caer; 36.7% con riesgo de caer con relación al estado cognitivo, se encontró que 20.7% presentaban estado cognitivo inadecuado (7). A la asociación, se verificó que el adulto mayor más viejo, presentaba mayor riesgo de caer, refiriendo entonces, que factores cognitivos están asociados con la marcha y el equilibrio de la persona, entre menos deterioro este tenga menores serán las posibilidades de tener caídas.

Para finalizar, el Índice de Comorbilidad de Charlson (versión original) aplicado al adulto mayor demostró que este no sufre, ni ha sufrido ninguna de las enfermedades que allí se mencionan, así que presenta una ausencia de comorbilidad con un 12% de mortalidad por año; es decir que tiene un índice de comorbilidad corregido de 3 puntos.; frente a esto, Ocampo, Mosquera, Davis & Reyes (2017) señalaron que de 133 pacientes incluidos (hospitalizados) el 24,8% tenían $IB \leq 75$ al alta y el 19,6% tenían $IB \leq 75$ al mes después. Comparado con los hombres, las mujeres tenían más del doble de riesgo para deterioro funcional al alta y al mes ($p < 0,05$). Comparados con aquellos sin delirium y sin deterioro cognitivo, aquellos con delirium y deterioro cognitivo tuvieron un riesgo aumentado de deterioro funcional ($IB \leq 75$) al alta (OR 5,15; IC del 95%: 1,94-13,67) y al mes (OR 6,26; IC del 95%: 2,30-17,03). En forma similar, aquellos con comorbilidad (≥ 2) tuvieron un riesgo aumentado de deterioro funcional al alta (OR 2,36 IC del 95% 1,14-4,87) y al mes (OR 2,71 IC del 95% 1,25-5,89) (8). Señalando entonces que son mayores las posibilidades que una mujer tenga más enfermedades que disminuyan su salud.

8.3. Contexto familiar del adulto mayor.

8.3.1. Categoría I: El envejecimiento una etapa productiva terminada.

.La última etapa del ciclo de la vida viene acompañada de muchos factores que involucran un cambio positivo o negativo, dependiendo del Estado de salud y de cómo las personas perciben el envejecimiento. Para la gran mayoría de adultos mayores el envejecer no solo implica un deterioro de la vitalidad y la salud que los va afectando poco a poco y limitando del desarrollo de ciertas actividades cotidianas; la llegada del envejecimiento también ocasiona un cese de actividades productivas, como lo indica la OMS “Con frecuencia se da por supuesto que las personas mayores son frágiles o dependientes y una carga para la sociedad” (9),

cuestión que genera que no se les pueda dar empleo; de otro lado también está la concepción del envejecimiento como un momento en la vida donde las personas pueden gozar de la tranquilidad y el descanso que se merecen; determinaciones que generan una dependencia económica del adulto mayor, además de ello según el estudio realizado por Gómez, Zavala, Ganga, Rojas, Ricardo Álvarez y Salas “las jubiladas suelen tener proyecciones negativas de su futuro, donde prevén como principal característica la pobreza en términos económicos, lo que las lleva a tener en consideración mecanismos alternativos de sustento a modo de solución. De esta forma, esta etapa de la vida es entendida como una espera, en condiciones paupérrimas, sin ningún otro acontecimiento más que la muerte. Finalmente, la proyección a futuro se configura como una dimensión marcada por el desamparo y pesimismo” (10).

Son muchos los adultos mayores que pasan necesidades a causa de la escases económica que se vive en esta etapa, por lo que optan por administrar de manera estricta los pocos ingresos que obtienen ya sea de pensiones, subsidios o ayudas familiares, que en ninguno de los anteriores casos cumplen con las expectativas esperadas para esta edad; del mismo modo, Oelckers (2015) afirma a través de su estudio, que en esta etapa el emprendimiento que surge ayuda a potenciar el desarrollo de nuevos ingresos económicos, cuando estos no son suficientes para el sustento de los mismos, pero las oportunidades que existen en el mercado laboral son muy escasas, resaltando que las barreras que los adultos mayores deben atravesar son perjudiciales y terminan afectando la percepción del envejecimiento.(11)

8.3.2. Categoría II: El desempeño de un nuevo rol.

A medida que transcurren los años las personas modifican sus hábitos, sus funciones y estilos de vida con el fin de mejorar la calidad de esta y esperar un buen envejecer, comienzan a desempeñar un nuevo rol en el hogar participando activamente en diferentes ocupaciones de la vida rutinaria ayudando con las

dinámicas diarias de la familia y la comunidad que los rodea, tales como: el mantenimiento y cuidado de la vivienda, los quehaceres del hogar, los trámites y diligencias de la familia y el cuidado de los nietos, también asumen un papel donde gracias a la experiencia de los años se convierten en consejeros con la función de transmitir los saberes, oficios y conocimientos a todos los integrantes de la familia.

Es importante destacar el valioso aporte de las personas mayores e incluirlas activamente en la sociedad y como lo indica El Informe Mundial del Envejecimiento y la Salud (2015) “Incluirlas en los procesos de desarrollo no solo ayuda a fomentar una sociedad más equitativa, sino que probablemente refuerce el desarrollo al apoyar estas contribuciones. Excluir a las personas mayores de estos procesos, además de socavar su bienestar y sus contribuciones, puede repercutir gravemente en el bienestar y en la productividad de otras generaciones” (12). A efecto de esto estudios indican que los adultos mayores perciben un beneficio al ser considerados como personas autosuficientes, sentirse útiles y tener un rol social que les permita ejercer un lugar de utilidad en la familia, además de ello, al desempeñar un rol nuevo, el AM evita pensar y estar consciente ante la idea del morir (13).

8.3.3. Categoría III: El envejecimiento como un desafío y no como una enfermedad.

La Organización Mundial de la Salud describe el envejecimiento como “la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento del riesgo de enfermedad y finalmente a la muerte” (9). Surgen variados cambios físicos, mentales y biológicos en la salud de la persona generando en este ciertas afecciones las cuales deben tener un cuidado determinado; a pesar de ello, el envejecimiento se considera de manera diversa dado a que no todas las personas envejecen de la misma forma y al mismo

tiempo, unas sufren un envejecimiento acelerado y otras al contrario gozan de buena salud a una edad avanzada.

La OMS, también indica que “Aunque algunas de las variaciones en la salud de las personas mayores son genéticas, los entornos físicos y sociales revisten gran importancia, en particular las viviendas, vecindario y comunidades, así como sus características personales, como el sexo, la etnia o el nivel socioeconómico” (9). Por lo tanto para muchas personas el envejecimiento implica un desafío pero no una enfermedad, en el cual solo necesitan adaptar espacios, escenarios, hábitos y rutinas para llevar de una manera positiva esta etapa que ha todos ha de llegar. Del mismo modo lo afirman Castellanos, Gómez y Guerrero al indicar que “Durante el proceso de envejecimiento se generan cambios en los diferentes sistemas, que conllevan a modificaciones y adaptaciones en el desarrollo de las actividades de la vida diaria y en la condición física funcional” (14). Otro estudio revela que “la salud mental de los adultos mayores es una experiencia subjetiva global que muestra el grado de congruencia del sistema humano en su medio ambiente interno y externo” (15), indicando que los síntomas y enfermedades que trae el envejecimiento están asociados al entorno y a la calidad de vida del adulto mayor, entre más saludable viva la persona así mismo tendrá la manera y forma de envejecer; así mismo Rodríguez afirma en su estudio que “la calidad de vida que disfrutarán como abuelos dependerá de los riesgos y las oportunidades que experimenten a través de su vida, así como de la forma en que las generaciones sucesivas proporcionen ayuda y soporte mutuo cuando sea necesario” (16).

8.3.4. Categoría IV: La familia, la más idónea para generar un equilibrio afectivo y apoyo social.

La familia está constituida por un grupo de personas donde la base principal es la unión entre todos los integrantes y la formación de ciudadanos actos para

desempeñar una función en la sociedad que permita el desarrollo y mejoramiento de esta; también es considerada como la principal responsable del mantenimiento cuidado y afecto de los adultos mayores; por lo tanto el no contar con esta marca una gran diferencia en el estado de salud físico y mental del adulto mayor debido a que es en la familia donde el adulto mayor construye su sentido de vida; para contrastar lo dicho Blanco y Salazar en su investigación indican que las “personas presentaron indicadores socioemocionales positivos, como altas creencias de autoeficacia, mayor percepción de control interno, satisfacción con la vida actual, satisfacción con redes de apoyo emocional en el ámbito familiar y de amistades y ausencia de indicadores de estados depresivos” (17). Es decir que cuando hay apoyo familiar el adulto mayor tiende a ver el envejecimiento con aspectos positivos y no como un factor que genera inutilidad, por ende la familia se convierte en la primera red de apoyo en promover la participación social del adulto mayor. De otro lado el estudio realizado por Vargas, Arana, García, Ruelas, Melguizo y Ruiz dieron a conocer que “El estar bien o mal con la familia representaron aspectos que influyen en la vivencia de la salud y la enfermedad del AM. Un ambiente familiar de afecto, cariño y atención es favorable para la salud” (18). Las implicaciones negativas que se presentan en las relaciones familiares afecta la percepción del envejecimiento en el adulto mayor; es decir una buena dinámica familiar permite que haya compañía y protección que sirven como barrera ante las enfermedades que se puedan presentar haciendo que el adulto mayor sea más resistente a los problemas de salud que en esta etapa se puedan desarrollar.

9. CONCLUSIONES

Se evidencia que el adulto mayor del barrio el Rodeo cuenta con las condiciones necesarias y requeridas para su buen desarrollo funcional, en su hogar se atienden a sus necesidades primarias y se adaptan estrategias frente a los requerimientos exigidos por la vejez.

Las condiciones sociodemográficas que presenta el adulto mayor del barrio el Rodeo son adecuadas para su buen desarrollo funcional, teniendo en cuenta que el ingreso económico que se recibe en familia no supera un salario mínimo,

De acuerdo a los instrumentos utilizados para la recolección de información de variables cualitativas y cuantitativas, se evidencia que el adulto mayor del barrio el Rodeo, goza de un excelente Estado de salud, origen de los cuidados brindados por la familia y la atenta necesidad de ofrecerle un entorno amigable para su desarrollo integral; además de ello, se resalta la gran influencia de los adecuados hábitos y estilos de vida saludables que el adulto mayor llevó y lleva diariamente en su vida.

Se determina que las relaciones familiares del adulto mayor del barrio el Rodeo, son positivas basadas en el respeto, el cuidado y la comprensión; además cuenta con el apoyo familiar necesario y significativo para la felicidad y la calidad de vida que requiere el adulto mayor en esta etapa de la vida; también se evidencian vínculos afectivos estables y fuertes que permiten concretar acciones frente a cada situación problemática presente en la familia.

10.RECOMENDACIONES

Para los entes departamentales y municipales crear y gestionar proyectos y programas orientados al desarrollo de la actividad física y la recreación para los adultos mayores del barrio el Rodeo.

Para la Universidad de los Llanos y la Facultad de Ciencias de la Salud, difundir los resultados obtenidos en el proyecto de investigación entre los docentes y estudiantes de la Universidad de los Llanos con el objetivo de generar nuevas investigaciones enfocadas a la sensibilización ante el adulto mayor y la problemática real que esta abarca en la sociedad.

A la especialización en Salud Familiar se recomienda seguir impulsando el desarrollo de investigaciones con personas de la tercera edad, debido a la escasa información que existe actualmente en el Departamento del Meta ,con el fin de generar estadísticas e investigaciones orientadas al mejoramiento de la calidad de vida del adulto mayor.

A la familia del adulto mayor concretar acciones encaminadas a la ocupación del tiempo libre del adulto mayor con el fin de seguir fortaleciendo su desarrollo cognitivo para evitar que haya un deterioro a nivel funcional. Además de ello, establecer actividades de autocuidado en el adulto mayor y así mejorar su calidad de vida.

Para la comunidad en general, promover una cultura de cuidado del adulto mayor con una mayor participación social y atención de la salud con el fin de mejorar su calidad de vida.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Pinzón, E. Y., Lucero, M. F. A., & Ortega, M. A. C. (2016). El ocio y tiempo libre del adulto mayor institucionalizado de la ciudad de Pasto. Libros Editorial UNIMAR.
- (2) Garcia Mejia, María Alejandra; MOYA POLANIA, Lina María and CRISTINA QUIJANO, María. Cognitive performance and the quality of life in older adults participating in a group of seniors. *Acta Neurol Colomb*. [online]. 2015, vol.31, n.4, pp.398-403. ISSN 0120-8748.
- (3) Aguilar-Fuentes, S. I., & Cardona-Arango, D. (2016). Ingresos laborales, transferencias y seguridad económica de los adultos mayores de Medellín, Colombia. *Univ. Salud*, 18(1), 34-45.
- (4) Cano-Gutiérrez, Carlos, Germán Borda, Miguel, Reyes-Ortiz, Carlos, Arciniegas, Antonio J., Samper-Ternent, Rafael, Evaluación de factores asociados al estado funcional en ancianos de 60 años o más en Bogotá, Colombia. *Biomédica* [en línea] 2017, 37 [Fecha de consulta: 4 de diciembre de 2017] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84350126010>> ISSN 0120-4157.
- (5) SALAZAR, Ana M et al. Prevalencia y factores de riesgo psicosociales de la depresión en un grupo de adultos mayores en Bogotá. *Acta Neurol Colomb*. [online]. 2015, vol.31, n.2, pp.176-183. ISSN 0120-8748. <http://dx.doi.org/10.22379/2422402225>.

(6) CAMARGO-HERNANDEZ, Katherine del Consuelo and LAGUADO-JAIMES, Elveny. Grado de deterioro cognitivo de los adultos mayores institucionalizados en dos hogares para ancianos del área metropolitana de Bucaramanga - Santander, Colombia. *Rev Univ. salud.* [online]. 2017, vol.19, n.2, pp.163-170. ISSN 0124-7107. <http://dx.doi.org/10.22267/rus.171902.79>.

(7) Silva-Fhon, Jack Roberto, Porras-Rodriguez, Milagros Mariela, Guevara-Morote, Graciela Adilberta, Canales-Rimachi, Reyda Ismaela, Fabricio-Wehbe, Suzele Cristina Coelho, & Partezani-Rodrigues, Rosalina Aparecida. (2014). Riesgo de caída en el adulto mayor que acude a dos Centros de Día. Lima, Perú. *Horizonte Médico*, 14(3), 12-18. Recuperado en 05 de diciembre de 2017, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2014000300003&lng=es&tlng=es.

(8) Ocampo-Chaparro, J. M., Mosquera-Jiménez, J. I., Davis, A. S., & Reyes-Ortiz, C. A. (2017). Deterioro funcional asociado al deterioro cognitivo en el anciano hospitalizado. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2017.05.007>.

(9) Organización Mundial de la Salud. (2015). Envejecimiento y Salud. Nota descriptiva N°404. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es/>

(10) Gómez-Rubio, Constanza, Zavala-Villalón, Gloria, Ganga-León, Catalina, Rojas Paillalef, Wilson, Álvarez Astorga, Ricardo, & Salas Allende, Sol. (2016). Jubilación en Chile: Vivencias y percepciones de mujeres jubiladas por el sistema

privado de pensiones. *Psicoperspectivas*, 15(3), 112-122. <https://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol15-Issue3-fulltext-825>

(11) Oelckers, F. (2015). Emprendimiento en la Tercera Edad: Una Revisión de la Situación Actual. *Journal of technology management & innovation*, 10(3), 143-153.

(12) Organización Mundial de la Salud. (2015). Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud.

(13) Vargas-Santillán, María de Lourdes, Arana-Gómez, Beatriz, García Hernández, María de Lourdes, Ruelas-González, María Guadalupe, Melguizo-Herrera, Estela, & Ruiz-Martínez, Ana Olivia. (2017). Significado de salud: la vivencia del adulto mayor. *Aquichán*, 17(2), 171-182. <https://dx.doi.org/10.5294/aqui.2017.17.2.6>

(14) Castellanos J, Gómez DE, Guerrero CM. Condición física funcional de adultos mayores de Centros Día, Vida, Promoción y Protección Integral, Manizales. *Hacia promoci. salud*. 2017; 22(2): 84-98. DOI: 10.17151/hpsal.2017.22.2.7

(15) Sánchez, C. C., Madrid, G. G., Flores, M., Hernández, F. J. B., Reyes, A. T., & López, M. Á. Z. (2014). Síntomas depresivos versus depresión en adultos mayores de una comunidad rural. *EJIHPE: European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, doi: 10.1989/ejihpe.v4i3.79

(16) Rodríguez, R. G. (2017). Envejecimiento activo desde la Atención Primaria de Salud. *MULTIMED Revista Médica Granma*, versión on-line: ISSN 1028-4818 Granma RPNS-1853.

- (17) Blanco Molina, M., & Salazar Villanea, M. (2017). Predictores socioemocionales y cognitivos: su papel en la comprensión del envejecimiento con éxito en el contexto costarricense. *Universitas Psychologica*, 16(1), 1-16. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.upsy16-1.psc>
- (18) Vargas-Santillán ML, Arana-Gómez B, García-Hernández ML, Ruelas-González MG, Melguizo-Herrera E, Ruiz-Martínez AO. Significado de salud: la vivencia del adulto mayor. *Aquichan*. 2017; 17(2): 171-182. DOI: 10.5294/aqui.2017.17.2.6

12. BIBLIOGRAFÍA

Aboderin, I. A., & Beard, J. R. (2015). Older people's health in sub-Saharan África. *The Lancet*, 385(9968), e9-e11.

Agudelo-Suárez, A. A., López-Vergel, F., Alzate-Urrea, S., López-Orozco, C., Espinosa-Herrera, E., Posada-López, A., & Meneses-Gómez, E. J. (2016). Salud bucal y género en relación a la población adulta mayor atendida en la red hospitalaria pública de Medellín: Los puntos de vista del personal de salud. *Universidad y Salud*, 18(1), 58-68.

Alcaldía de Villavicencio. (2015). Política Pública de Familias de Villavicencio 2015-2023. Villavicencio.

Alzate-Urrea, S., López-Vergel, F., López-Orozco, C., Espinosa-Herrera, E., Agudelo-Suárez, A. A., Posada-López, A., & Meneses-Gómez, E. J. (2014). Calidad de vida y su relación con la salud bucal en la población adulta mayor atendida en la red pública hospitalaria de Medellín: la perspectiva del personal de salud. *CES Odontología*, 27(2), 11-25.

Amaya, M. A. C., & Ramos, E. F. (2017). Capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor del programa Centro día/vida, Ibagué, Colombia. *Salud Uninorte*, 33(1), 58-65.

Borda Pérez, M. D. L. A., Anaya Torres, M. P., Pertuz Rebolledo, M. M., Romero de León, L., Suárez García, A., & Suárez García, A. (2013). Depresión en adultos mayores de cuatro hogares geriátricos de Barranquilla (Colombia): prevalencia y factores de riesgo. *Revista Científica Salud Uninorte*, 29(1).

Cardona Arango, Doris; Segura Cardona, Angela; Garzón Duque, María; Segura Cardona, Alejandra; Cano Sierra, Sara María; (2016). Estado de salud del adulto mayor de Antioquia, Colombia. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Enero-Marzo, 71-86.

Cardona, D., Segura, A. M., Berbesí Fernández, D. Y., & Agudelo, M. A. (2015). Prevalencia y factores asociados al síndrome de sobrecarga del cuidador primario de ancianos.

Cardona-Arango, Doris; Segura-Cardona, Ángela; Espinosa-López, Adriana M.; (2012). Mortalidad de adultos mayores por deficiencias nutricionales en los Departamentos de Colombia. *Revista de Salud Pública*, Agosto-Sin mes, 584-595.

Cassinello, M. D. Z. (2013). Envejecimiento activo: un reto individual y social. *Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales*, (41), 449-463.

CEPAL, N. (2017). Derechos de las personas mayores: retos para la interdependencia y autonomía.

Consejo Municipal de Villavicencio. Acuerdo N° 278 de 2015. Por medio del cual se adopta la política pública de envejecimiento y vejez 2015-2023 en el municipio de Villavicencio.

CEPAL, N. (2017). Informe de la Cuarta Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento y Derechos de las Personas Mayores en América Latina y el Caribe.

Consortio. Colombiamayor. (2013) Programa Colombia Mayor. Retomado de <https://colombiamayor.co/programas.html>

Constitución política de Colombia, S. F. (1991). Capítulo II. Derechos Sociales, Económicos y Culturales. p. 255. D.C.; 1998, 2003.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (2016). Encuesta Nacional de Calidad de Vida- ECV- 2016. Recuperado de: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/calidad-de-vida-ecv/encuesta-nacional-de-calidad-de-vida-ecv-2016>.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (2016). Mercado laboral por Departamento. Recuperado de: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/mercado-laboral/mercado-laboral-por-departamentos>.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (2016). Fuerza laboral y educación. Recuperado de: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/educacion/fuerza-laboral-y-educacion-economica>. Dirección de Epidemiología y Demografía (ASIS) Meta.

Fhon, J. R. S., Janampa, J. T. G., Huaman, T. M., Marques, S., & Rodrigues, R. A. P. (2016). Sobrecarga y calidad de vida del cuidador principal del adulto mayor. *Avances en Enfermería*, 34(3).

Gómez Meza, Y., Villareal Amarís, G., Baldovino Meza, K. P., Madrid Gómez, I. P., & Ordoñez Méndez, L. I. (2015). Habilidad del cuidador familiar y su relación con el tiempo de cuidado al adulto mayor con enfermedad crónica, Sincelejo, Colombia.

Guerrero-R, N., & Yépez-Ch, M. C. (2015). Factores asociados a la vulnerabilidad del adulto mayor con alteraciones de salud. *Universidad y Salud*, 17(1), 121-131.

Gutiérrez, V. F. V., Velásquez, F., & Rey, A. (2012). Riesgo familiar total en familias con personas mayores, municipio de Funza (Cundinamarca, Colombia). *Salud Uninorte*, 28(2).

Kalache. A (2013) envejecimiento activo: estamos creando una nueva etapa de la vida que antes no existía; yo lo llamo gerontolescencia".

Llano 7 Días. (2015,septiembre, 30). Preocupantes cifras de adultos mayores abandonados en Villavicencio. El Tiempo. Recuperado de: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-16391607>Londres: Sage

López-Díaz, L., Castellanos-Soriano, F., & Muñoz-Torres, E. (2016). Cuidado popular de familias con un adulto mayor sobreviviente del primer accidente cerebrovascular. *Aquichan*, 16(2), 169-178.

Medellín Fontes, M. M., Rivera Heredia, M. E., López Peñaloza, J., Kanán Cedeño, M. E., & Rodríguez-Orozco, A. R. (2012). Funcionamiento familiar y su relación con las redes de apoyo social en una muestra de Morelia, México. *Salud mental*, 35(2), 147-154.

Melguizo Herrera, E., Ayala Medrano, S., Grau Coneo, M., Merchán Duitama, A., Montes Hernández, T., Payares Martínez, C., & Reyes Villadiego, T. (2014). Calidad de vida de adultos mayores en centros de protección social en Cartagena (Colombia). *Aquichan*, 14(4).

Ministerio de Salud y Protección Social & Pérez, Jaime; Gómez Gómez Aristizábal, Liliana Yanet; Pérez, Jaime; (2012). Guía Metodológica Observatorio Nacional de Envejecimiento y Vejez OEV Colombia. 42 p. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/guia-ross-envejecimiento-vejez.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). Análisis de Situación de Salud Colombia.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y envejecimiento SABE 2015. 1 archivo comprimido en zip Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/solicitud-base-datos-sabe-2015.zip>.

Organización mundial de la salud. (2012). Alimentación sana. Retomado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs394/es/>.

Organización Mundial de la Salud. (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud.

Organización Mundial de la Salud. (2015). Primera Conferencia Ministerial de la OMS sobre la Acción Mundial contra la Demencia. Retomado de <http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/2015/global-action-against-dementia/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2016). Maltrato de las personas Mayores. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs357/es/>

Organización mundial de la salud. (2017). Envejecimiento y salud. Retomado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es/>.

Organización mundial de la salud. (2017). Salud mental en las emergencias. Retomado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs383/es/>.

Organización mundial de la salud. (2017). uno de cada seis ancianos sufre de maltrato. Retomado de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/abuse-older-people/es/>.

Pan V. (2016). Ficha Municipal Villavicencio. pdf. Recuperado del sitio de internet El Meta Tierra de Oportunidades, Inclusión, Reconciliación y Equidad. <http://www.meta.gov.co/web/>

Peña-Montoya, M. E., Garzón-Duque, M., Cardona-Arango, D., & Segura-Cardona, A. (2016). Acceso a los servicios de salud de los adultos mayores. Antioquia-Colombia: Access to health services for older adults. Antioquia-Colombia. *Universidad y Salud*, 18(2), 219-231.

Posada, J. J. Z., Ochoa, G. M., Ferrer, B. M., & Ruiz, D. M. (2013). Familias monomarentales y monoparentales y su relación con los hijos e hijas adolescentes según el nivel socioeconómico y el sexo (Doctoral dissertation, Universidad Pablo de Olavide).

Ramos, D. H. (2013). Diario de campo. Redes: revista hispana para el análisis de redes sociales, 24(2), 193-195.

República de Colombia. Congreso de Colombia. (2017). Ley 1850 del 19 de julio.

Royuela, V., & García, G. A. (2015). Economic and social convergence in Colombia. *Regional Studies*, 49(2), 219-239.

ANEXOS

Anexo A. Actividades Básicas de la Vida diaria de Barthel

ALIMENTACIÓN		
10	Independiente	Come solo en un tiempo razonable. Es capaz de poder utilizar cubiertos si lo necesita, de cortar el alimento, usar sal, extender mantequilla, etc.
5	Necesita ayuda	Necesita ayuda para alguna de las actividades previas.
0	Dependiente	Necesita ser alimentado.
BAÑO		
5	Independiente	Es capaz de bañarse o ducharse, incluyendo salir o entrar de la bañera y secarse.
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda.
VESTIRSE		
10	Independiente	Es capaz de ponerse, quitarse y colgar la ropa, atarse los cordones, abrocharse botones o utilizar cremalleras (o bra-guero o corsé). Se excluye la utilización de sujetador.
5	Necesita ayuda	Necesita ayuda para al menos la mitad del trabajo de estas actividades. Debe de hacerlo en un tiempo razonable.
0	Dependiente	
ARREGLARSE		
5	Independiente	Es capaz de lavarse las manos y cara, peinarse, maquillar-se, limpiarse los dientes y afeitarse.
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda.
DEPOSICIONES		
10	Continente	Es capaz de controlar deposiciones. Es capaz de colocarse un supositorio o un enema
5	Incontinencia ocasional	Tiene incontinencia ocasional o requiere ayuda para suposi-torio o enema.
0	Incontinente	

MICCIÓN		
10	Continente	Es capaz de controlar micción día y noche. Es capaz de cuidar la sonda y cambiar la bolsa de orina
5	Incontinencia ocasional	Tiene incontinencia ocasional o no le da tiempo a llegar al baño o necesita ayuda ocasional para cuidar la sonda uretral.
0	Incontinente	
RETRETE		
10	Independiente	Es capaz de bajarse y subirse la ropa, de no mancharla, sentarse y levantarse de la taza, de usar papel higiénico. Si lo requiere puede apoyarse sobre una barra. Si requiere cuña, debe ser capaz de colocarla, vaciarla y limpiarla.
5	Necesita ayuda	Necesita ayuda para guardar el equilibrio, en el manejo de la ropa o en la utilización del papel higiénico.
0	Dependiente	
TRASLADARSE desde la cama al sillón o a la silla de ruedas		
15	Independiente	Es capaz de realizar con seguridad, el traslado del sillón a la cama, tanto con andador o silla de ruedas –levantando reposapiés, cerrando la silla-, conseguir sentarse o tumbarse en la cama, e igualmente volver de la cama al sillón.
10	Minima ayuda	Necesita ayuda mínima para algún paso de esta actividad o ser supervisado física o verbalmente en los distintos pasos
5	Gran ayuda	Necesita gran ayuda para levantarse de la cama o para trasladarse al sillón. Puede permanecer sentado sin ayuda.
0	Dependiente	
DEAMBULAR		
15	Independiente	Puede caminar 45 metros sin ayuda o supervisión, espontáneamente o con muletas (no andador). Si utiliza prótesis es capaz de ponérsela y quitársela solo.
10	Necesita ayuda	Necesita ayuda o supervisión para caminar 45 metros. Deambula con andador.
5	En silla de ruedas	Puede empujar la silla 45 metros y manejarla con soltura (doblar esquinas, girar, maniobrarla por la casa, etc.)
0	Dependiente	Camina menos de 45 metros. Si utiliza silla de ruedas debe ser empujada por otra persona.
SUBIR Y BAJAR ESCALERAS		
10	Independiente	Es capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión. Puede usar bastones o muletas o apoyarse en la barandilla.
5	Necesita ayuda	Necesita ayuda física o verbal.
0	Dependiente	

Anexo B. Índice para Actividades Instrumentales de la Vida diaria de Lawton y Brody

CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO	
Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1
Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1
Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	1
No es capaz de usar el teléfono	0
HACER COMPRAS	
Realiza independientemente todas las compras necesarias	1
Realiza independientemente pequeñas compras	0
Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra	0
Totalmente incapaz de comprar	0
PREPARACIÓN DE LA COMIDA	
Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente	1
Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los	0
Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta	0
Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0
CUIDADO DE LA CASA	
Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional para trabajos pesados	1
Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas	1
Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de	1
Necesita ayuda en todas las labores de la casa	1
No participa en ninguna labor de la casa	0
LAVADO DE LA ROPA	
Lava por sí solo toda su ropa	1
Lava por sí solo pequeñas prendas	1
Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otra persona	0
USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE	
Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1
Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1
Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	1
Sólo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros	0
No viaja	0
RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN	
Es capaz de tomar su medicación a la hora y con la dosis correcta	1
Toma su medicación si la dosis le es preparada previamente	0
No es capaz de administrarse su medicación	0
MANEJO DE SUS ASUNTOS ECONÓMICOS	
Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo.	1
Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos...	1
Incapaz de manejar dinero	0

Anexo C. Escala de Tinetti para la Valoración de la Marcha y el Equilibrio

<u>Evaluación de la marcha y el equilibrio: Tinetti (1.ª parte: equilibrio)</u>		
EQUILIBRIO: el paciente está situado en una silla dura sin apoyabrazos. Se realizan las siguientes maniobras:		
1. Equilibrio sentado		
Se inclina o se desliza en la silla		0
Se mantiene seguro		1
2. Levantarse		
Imposible sin ayuda		0
Capaz, pero usa los brazos para ayudarse		1
Capaz sin usar los brazos		2
3. Intentos para levantarse		
Incapaz sin ayuda		0
Capaz, pero necesita más de un intento		1
Capaz de levantarse con sólo un intento		2
4. Equilibrio en bipedestación inmediata (primeros 5 segundos)		
Inestable (se tambalea, mueve los pies), marcado balanceo del tronco		0
Estable, pero usa el andador, bastón o se agarra a otro objeto para mantenerse		1
Estable sin andador, bastón u otros soportes		2
5. Equilibrio en bipedestación		
Inestable		0
Estable, pero con apoyo amplio (talones separados >10 cm), o bien usa bastón u otro soporte		1
Apoyo estrecho sin soporte		2
6. Empujar (bipedestación con el tronco erecto y los pies juntos). El examinador empuja suavemente el estómago del paciente con la palma de la mano, 3 veces		
Empieza a caerse		0
Se tambalea, se agarra, pero se mantiene		1
Estable		2
7. Ojos cerrados (en la posición de 6)		
Inestable		0
Estable		1
8. Volta de 360 grados		
Pasos discontinuos		0
Continuos		1
Inestable (se tambalea, se agarra)		0
Estable		1
9. Sentarse		
Inseguro, calcula mal la distancia, cae en la silla		0
Usa los brazos o el movimiento es brusco		1
Seguro, movimiento suave		2
Puntuación total equilibrio (máximo 16) =		

Evaluación de la marcha y el equilibrio: Tinetti (2.ª parte: marcha)

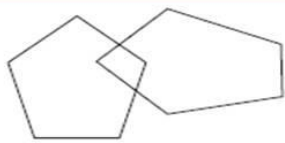
MARCHA: el paciente permanecerá de pie con el examinador, camina por el pasillo o por la habitación (unos 8 m) a «paso normal», luego regresa a «paso rápido pero seguro».

10. Iniciación de la marcha (Inmediatamente después de decir que ande)	
Algunas vacilaciones o múltiples intentos para empezar	0
No vacila	1
11. Longitud y altura de paso	
a) Movimiento del pie derecho:	
No sobrepasa al pie izquierdo con el paso	0
Sobrepasa al pie izquierdo	1
El pie derecho no se separa completamente del suelo con el paso	0
El pie derecho se separa completamente del suelo con el paso	1
b) Movimiento del pie izquierdo:	
No sobrepasa al pie derecho con el paso	0
Sobrepasa al pie derecho	1
El pie izquierdo no se separa completamente del suelo con el paso	0
El pie izquierdo se separa completamente del suelo con el paso	1
12. Simetría del paso	
La longitud de los pasos con los pies derecho e izquierdo no es igual	0
La longitud parece igual	1
13. Fluidad del paso	
Paradas entre los pasos	0
Los pasos parecen continuos	1
14. Trayectoria (observar el trazado que realiza uno de los pies durante unos 3 m)	
Desviación grave de la trayectoria	0
Lleve/moderada desviación o usa ayudas para mantener la trayectoria	1
Sin desviación o ayudas	2
15. Tronco	
Balaneo marcado o usa ayudas	0
No balancea pero flexiona las rodillas o la espalda o separa los brazos al caminar	1
No se balancea, no flexiona, no usa los brazos ni otras ayudas	2
16. Postura al caminar	
Talones separados	0
Talones casi juntos al caminar	1

Puntuación marcha (máximo 12) =

Puntuación total (equilibrio y marcha) (máximo 28) =

Anexo D. Valoración Cognoscitiva. Mini Examen Cognoscitivo (Lobo)

ORIENTACIÓN TEMPORAL (Cada respuesta vale 1 punto)	
¿Sabe en qué año estamos? ¿En qué época del año? ¿En qué mes estamos? ¿Qué día de la semana es hoy? ¿Qué día del mes es hoy?	5
ORIENTACIÓN ESPACIAL. (Pueden sustituirse los lugares originales por los alternativos)	
¿Me puede decir en qué país estamos? ¿Sabe en qué provincia estamos? (o comunidad autónoma) ¿Y en qué ciudad (pueblo) estamos? ¿Sabe dónde estamos ahora? (Hospital/Clinica/casa: nombre de la calle) ¿Y en qué planta (piso)? (Casa: piso o número de la calle)	5
MEMORIA DE FIJACION	
Repita estas tres palabras: PESETA-CABALLO-MANZANA (Acuérdese de ellas porque se las preguntaré dentro de un rato) (Repetirlas hasta cinco veces). Un punto por palabras.	3
CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO	
Si tiene 30 pesetas y me las va dando de 3 en 3, ¿cuántas le van quedando? 27 , 24, 21, 18, 15	5
MEMORIA DIFERIDA	
¿Recuerda las tres palabras que le he dicho antes? Peseta-Caballo-Manzana	3
NOMINACIÓN	
¿Qué es esto? (mostrar un bolígrafo) ¿Qué es esto? (mostrar un reloj)	2
REPETICIÓN	
Le voy a pedir que repita esta frase. ¿Preparado? "En un trigal había cinco perros"	1
COMPRENSIÓN	
Escuche atentamente, voy a pedirle que haga algo. Coja este papel con la mano derecha (pausa), doblelo por la mitad (pausa) y pongalo en la mesa (o en el suelo). Cogerlo con la mano derecha, doblarlo por la mitad, ponerlo en el suelo	3
LECTURA	
Por favor, Lea esto y haga lo que dice ahí: (CIERRE LOS OJOS)	1
ESCRITURA	
Por favor escriba una frase,... algo que tenga sentido	1
DIBUJO	
Por favor, copie este dibujo:	1
	

Anexo E. Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage

VERSIÓN REDUCIDA		
¿En general está satisfecho/a con su vida?	SI =0	NO =1
¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	SI =1	NO =0
¿Siente que su vida está vacía?	SI =1	NO =0
¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	SI =1	NO =0
¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	SI =0	NO =1
¿Teme de algo malo pueda ocurrirle?	SI =1	NO =0
¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SI =0	NO =1
¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido/a?	SI =1	NO =0
¿Prefiere quedarse en casa más que salir y hacer cosas nuevas?	SI =1	NO =0
¿Cree que tiene más problemas que la mayoría de la gente?	SI =1	NO =0
¿En este momento, piensa que es estupendo estar vivo?	SI =0	NO =1
¿Actualmente se siente un/a inútil?	SI =1	NO =0
¿Piensa que su situación es desesperada? ¿Se siente sin esperanza en este momento?	SI =1	NO =0
¿Se siente lleno/a de energía?	SI =0	NO =1
¿Cree que la mayoría de la gente está en mejor situación que Vd?	SI =1	NO =0
TOTAL		

Anexo F. Índice de Comorbilidad de Charlson (Versión original)

Índice de comorbilidad de Charlson (versión original)	
Infarto de miocardio: debe existir evidencia en la historia clínica de que el paciente fue hospitalizado por ello, o bien evidencias de que existieron cambios en enzimas y/o en ECG	1
Insuficiencia cardíaca: debe existir historia de disnea de esfuerzos y/o signos de insuficiencia cardíaca en la exploración física que respondieron favorablemente al tratamiento con digital, diuréticos o vasodilatadores. Los pacientes que estén tomando estos tratamientos, pero no podamos constatar que hubo mejoría clínica de los síntomas y/o signos, no se incluirán como tales	1
Enfermedad arterial periférica: incluye claudicación intermitente, intervenidos de by-pass arterial periférico, isquemia arterial aguda y aquellos con aneurisma de la aorta (torácica o abdominal) de > 6 cm de diámetro	1
Enfermedad cerebrovascular: pacientes con AVC con mínimas secuelas o AVC transitorio	1
Demencia: pacientes con evidencia en la historia clínica de deterioro cognitivo crónico	1
Enfermedad respiratoria crónica: debe existir evidencia en la historia clínica, en la exploración física y en exploración complementaria de cualquier enfermedad respiratoria crónica, incluyendo EPOC y asma	1
Enfermedad del tejido conectivo: incluye lupus, polimiositis, enf. mixta, polimialgia reumática, arteritis cel. gigantes y artritis reumatoide	1
Úlcera gastroduodenal: incluye a aquellos que han recibido tratamiento por un úlcus y aquellos que tuvieron sangrado por úlceras	1
Hepatopatía crónica leve: sin evidencia de hipertensión portal, incluye pacientes con hepatitis crónica	1
Diabetes: incluye los tratados con insulina o hipoglucemiantes, pero sin complicaciones tardías, no se incluirán los tratados únicamente con dieta	1
Hemiplejía: evidencia de hemiplejía o paraplejía como consecuencia de un AVC u otra condición	2
Insuficiencia renal crónica moderada/severa: incluye pacientes en diálisis, o bien con creatininas > 3 mg/dl objetivadas de forma repetida y mantenida	2
Diabetes con lesión en órganos diana: evidencia de retinopatía, neuropatía o nefropatía, se incluyen también antecedentes de cetoacidosis o descompensación hiperosmolar	2
Tumor o neoplasia sólida: incluye pacientes con cáncer, pero sin metástasis documentadas	2
Leucemia: incluye leucemia mieloide crónica, leucemia linfática crónica, policitemia vera, otras leucemias crónicas y todas las leucemias agudas	2
Linfoma: incluye todos los linfomas, Waldstrom y mieloma	2
Hepatopatía crónica moderada/severa: con evidencia de hipertensión portal (ascitis, varices esofágicas o encefalopatía)	3
Tumor o neoplasia sólida con metástasis	6
Sida definido: no incluye portadores asintomáticos	6
Índice de comorbilidad (suma puntuación total) =	

Anexo G. Entrevista Semiestructurada

Macro proyecto “Caracterización social, demográfica y de salud del adulto mayor de cuatro municipios del piedemonte del departamento del Meta”.

Guía de Entrevista semiestructurada

Instrucciones: Es instrumento es una guía para realizar las entrevistas a la familia y el Adulto Mayor. Las categorías preestablecidas que permiten orientar la entrevista para dar cumplimiento al objetivo específico son cuatro: Dinámica familiar, situación socio económica, percepción de envejecimiento, necesidades del adulto mayor. Antes de iniciar la entrevista es necesario aplicar previamente el formulario del Consentimiento Informado. También es necesario advertir a los participantes que la conversación se va a grabar y que tan pronta se transcriba se procederá a borrar la grabaciones.

Objetivo: Identificar la percepción de salud y las dinámicas familiares que se presentan en las familias de los Adultos Mayores de los Centros Vida del Departamento del Meta.

1. Preguntas para el Adulto Mayor:

Antes de iniciar ésta entrevista, haga estas preguntas al adulto mayor, para conocer la Autopercepción de salud: (marca un sola opción)

- Salud General: Considera su salud: ___ Muy buena ___ Buena ___ Término medio ___ Mala ___ Muy mala
- Comparado su salud hoy con la de hacer un año, considera que esta: ___Esta mejor ___ Igual ___ Peor

Categorías preestablecidas	Preguntas de apertura para indagación
Situación socioeconómica	Indague teniendo en cuenta la encuesta de caracterización. Pero solo el aspecto social y económico. Además puede preguntar: ¿Vive con la familia? ¿Tiene un grado dependencia económica? ¿viven con su conyugue de similitud de edad? ¿Su vivienda es adecuada a sus necesidades? ¿las relaciones sociales solo con su familia o vecinos? ¿mantiene relaciones sociales en la comunidad? ¿Cuales?
Percepción de envejecimiento	¿Qué piensa usted sobre la Vejez? ¿Que cree que ocurre cuando una persona envejece? ¿Qué cambios ha visto usted así notorios?
Necesidades del adulto mayor	¿Cuales son las necesidades que tiene actualmente? (por favor ver la pirámide de las necesidades desde los planteamiento de Maslow: Fisiológicas, de seguridad, de afiliación, de reconocimiento, de

	autorrealización), realizar las preguntas desde este enfoque.
Dinámica Familiar	¿Quién lo cuida en su familia? ¿Cómo lo cuida? ¿Como siente que es cuidado por su familia? ¿Ha tenido problemas con su familia? ¿cuándo pasa esos malentendidos usted como los soluciona? ¿Se han solucionado los problemas? ¿Cómo su familia le demuestra los sentimientos?

2. Preguntas para la familia:

Categorías preestablecidas	Preguntas de apertura para indagación
Situación socioeconómica	Indague teniendo en cuenta la encuesta de caracterización. Pero solo el aspecto social y económico. Además puede preguntar: ¿Vive con el adulto mayor? ¿usted participa del sostenimiento del adulto mayor? ¿Considera que la vivienda de su adulto mayor es adecuado según las necesidades? ¿como son las relaciones sociales del adulto mayor? ¿cómo usted participa de las relaciones sociales de su adulto mayor?
Percepción de envejecimiento	¿Qué piensa usted sobre la Vejez? ¿Que cree que ocurre cuando una persona envejece? ¿Qué cambios ha visto usted así notorios en su familiar?
Necesidades del adulto mayor	¿Cuales son las necesidades que tiene actualmente su familiar adulto mayor? (por favor ver la pirámide de las necesidades desde los planteamiento de Maslow: Fisiológicas, de seguridad, de afiliación, de reconocimiento, de autorrealización), <u>realizar las preguntas desde este enfoque.</u>
Dinámica Familiar	¿Quién lo cuida el adulto mayor? ¿Cómo lo cuida? ¿Como recibe el cuidado su adulto mayor? ¿Ha tenido problemas con su familia? ¿cuándo pasa esos malentendidos usted como lo solucionan? ¿Se han solucionado los problemas? ¿Cómo le demuestra los sentimientos a su adulto mayor?

Nota: El investigador puede hacer preguntas que no se encuentran aquí, para ampliar más la información de las categorías preestablecidas.

Anexo H. Consentimiento Informado.

Universidad de los Llanos – Facultad Ciencias de la Salud

Caracterización social, Familiar y de salud del adulto mayor del barrio el Rodeo-
Villavicencio, Meta- Colombia.

Fecha 03 Noviembre -2017

Código AM 1

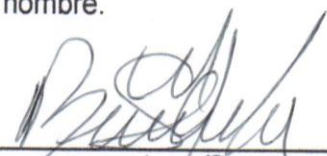
Investigador Principal: Brenda Natalia Sánchez Arenas. Estudiante de Especialización en Salud Familiar, Facultad de ciencias de la Salud, Universidad de los Llanos.

Usted ha sido invitado a participar en la investigación sobre identificar Caracterización social, demográfica y de salud del adulto mayor de cuatro municipios del piedemonte del Meta. Si usted acepta participar en este estudio, el estudiante Principiante de Investigación (EPI) o los estudiantes de posgrado de Salud Familiar, lo abordara de manera individual y reservada para realizarle una serie de preguntas relacionadas con aspectos sociodemográficos y funcionamiento familiar.

Esta investigación cumple con lo establecido en la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de la Protección Social sobre las investigaciones con seres humanos en Colombia. Se le garantiza que no estará expuesto a ningún riesgo ni lo hará incurrir en ningún gasto. Se le informa que lo consignado en la encuesta será utilizado para fines estrictamente académicos y la identidad de las familias y adolescentes estará resguardada con su código.

Su participación es absolutamente voluntaria. Se garantiza el anonimato y la confidencialidad, identificándolo a través de un código y cuando se publiquen los resultados no será identificado por el nombre.

Firma del estudiante Investigador:


EC-1121856374

